Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 maja 1883. **№ 18.** **Rok XXII.**

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

VIII.

Trzy przypadki wycięcia macicy przez pochwę. Wyleczenie.

Napisał Dr. H. Schramm
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Ta dążność do samodzielnego zamknięcia się jamy brzusznéj jest téż powodem, że zespojenie otworu w otrzewnie za pomocą szwów jest zbyteczne, a nawet Czerny nie radzi zespajać otworu bardzo ściśle z obawy przed zatrzymaniem się wydzieliny w jamie brzusznéj. Również nie zespajał prof. Mikulicz brzegu otrzewny z błoną śluzową pochwy i nie zmniejszał rany w pochwie za pomocą szwów. Zdaje mi się, że środki te przedłużają tylko operacyję a nawet mogłyby czasem wywołać nieprzyjemne następstwa, ułatwiając tworzenie się zaułków w ranie czyli tak zwanych przez Mikulicza martwych przestrzeni, w których zatrzymująca się wydzielina może się stać niebezpieczną. Prof. Mikulicz zostawił w wszystkich trzech przypadkach ranę zupełnie otwartą, czyniąc tym sposobem całą jéj powierzchnię przystępną działaniu środków przeciwgnilnych. U wszystkich trzech chorych przebieg był zupełnie pomyślny. Niektórzy autorowie np. J. Müller (*Uiber die Exstirpatio uteri vaginalis, Inaug. Diss.* Berlin 1882) radzą wydobyć także jajniki, obawiając się szkodliwego wpływu na ranę z powodu przekrwienia w czasie, gdy miałaby nadejść miesiączka. W przypadkach naszych nie uważaliśmy z tego powodu najmniejszych dolegliwości; sądziłbym więc, że wyjmowanie jajników zdrowych jest niepotrzebném wikłaniem operacyi. Byłoby ono jednak wskazane, gdyby w jajniku znaleziono jakiekolwiek zmiany chorobowe, choćby np. mały torbiel.

Stan dwóch pierwszych chorych zaraz po operacyi był dosyć zatrważający, zapad i osłabienie były znaczne. Nie może nas to jednak dziwić w obec tego, że pierwsza operowana była to osoba bardzo nędznie odżywiona i mocno niedokrewna, druga bardzo osłabiona dwiema poprzedniemi operacyjami i częstemi krwotokami. Nic zatém szczególnego, że u osób tych operacyja trwająca blizko 2 godziny, podczas któréj trzeba było utrzymywać ciągle głęboką narkozę, musiała wywołać zapad dość znaczny. Objaw ten jednak szybko ustąpił po użyciu środkow podniecających i przebieg dalszy nie zostawiał nic do życzenia.

U trzeciéj choréj, któréj stan zdrowia był pomyślniejszy, nie było znać tak znacznego wpływu operacyi. Chora ta przedstawiała rzeczywiście obraz kobiety, która co dopiero przebyła szczęśliwy poród, jak się wyraża Schröder. Bardzo znaczny postęp zrobiło w ostatnich kilkunastu miesiącach następowe leczenie po wycięciu macicy i to przyczyniło się może głównie do polepszenia wyników téj operacyi w ostatnich czasach. Dawniéj bowiem trzeba było męczyć operowaną codzień kilkakrotném przestrzykiwaniem pochwy, a mimo to nie można było zapobiedz rozkładaniu się wydzieliny. W celu ciągłego jéj wydalania polecano ustawiczną irygacyję pochwy i podano na ten cel rozmaite przyrządy, z tych najpraktyczniejszy i najbardziéj może swemu celowi odpowiadający przyrząd Mikulicza (l. c.). Wszystkie te jednak przyrządy miały liczne niedogodności, wiele chorych nie znosiło ich przez czas dłuższy i np. u choréj Fengera (*American Journal of the Medical sciences for January* 1882) wystąpiła taka drażliwość pochwy, że przy najmniejszym ruchu doznawała chora nieznośnych bólów. Błona śluzowa pochwy obrzmiała wbijała się w otwory przyrządu. Nadto obumarłe i mocno cuchnące strzępy tkaniny zatykały światło przyrządu, który trzeba było trzy razy na dzień wyjmować i dokładnie czyścić, co oczywiście nie mogło być obojętne dla choréj, potrzebującéj jak największego spokoju po ciężkiéj operacyi.

Jakże pojedyncze, wygodne, jak bezpieczne jest nasze obecne leczenie! Po wydaleniu macicy i wypłukaniu pola operacyjnego kwasem karbolowym wypełnia się ranę i całą pochwę paskami gazy jodoformowéj i układa chorą w łóżku, w którém zostaje przez 10 do 12 dni w zupełném spokoju. Potém gazę się wyjmuje i przestrzykuje się pochwę raz lub dwa razy na dzień jakim płynem przeciwgnilnym. Ten sposób leczenia przedstawia bardzo znaczne korzyści, chora nie potrzebuje po operacyi być niepokojoną, rana goi się szybko, wydzielina bywa bardzo skąpa, i nie uważano w żadnym przypadku oddzielania się większych strzępów nekrotycznych, jak to miewało miejsce przy dawniejszym sposobie leczenia. Gaza wyjęta z pochwy na 8 lub 10 dzień po operacyi była bezwonna. Zdaje mi się též, jakoby przy tym sposobie leczenia kwestyja sporna co do drenowania lub niedrenowania rany po wyjęciu macicy przez pochwę utraciło wiele na swéj ważności. W pierwszym opisanym wyżéj przypadku prof. Mikulicz nie wprowadził sączka do pochwy, w dwóch drugich były dreny wprowadzone, we wszystkich trzech przypadkach przebieg był prawie jednakowy. Sądziłbym też, że w obec leczenia gazą jodoformową sączek traci właściwe swe znaczenie. Wiadomo bowiem z doświadczeń w innych operacyjach, że jodoform przeszkadza tworzeniu się wydzieliny, po wypełnieniu całéj rany i pochwy gazą jodoformową styka się cała powierzchnia rany z tym znakomitym środkiem przeciwgnilnym, wydzielina zatém nie może się rozkładać, a nadto sama gaza odprowadza na zewnątrz jakby dren włosowaty tę odrobinę wydzieliny, która się wytworzy. Zresztą wprowadzenie sączków w obu tych przypadkach miało na celu nie drenowanie jamy brzusznéj, gdyż, jak to udowodnił prof. Mikulicz w kilku swych pracach, jest iluzoryjne, lecz tylko drenowanie dolnego odcinka rany. Zwracamy także uwagę na to, że w tych dwóch przypadkach, w których prof. Mikulicz wprowadził obok gazy jodoformowéj do pochwy sączek, nie przestrzykiwano przezeń rany przez pierwsze 8 dni, opłukiwano go tylko cokolwiek i pokrywano zewnętrznie kawałkiem gazy jodoformowéj. Przestrzykiwanie przez dren jest zupełnie zbyteczne a nawet może być niebezpieczne z powodu dostania się płynu do jamy brzusznéj, jak o tém przekonywają przypadki Martina (Müller l. c.). Przy takiém též postępowaniu przebieg w naszych przypadkach nie pozostawiał nic do życzenia. Tylko druga operowana gorączkowała nieco przez pierwszy tydzień. Ciepłota dochodziła wieczorami do 38·9, podmiotowo jednak miała się chora wcale dobrze.

Ze strony przewodu pokarmowego nie było z wyjątkiem wymiotów w ciągu pierwszego dnia żadnych powikłań. Chore skarżyły się trzeciego dnia po operacyi na wzdęcie brzucha, przeciw któremu stósowano z bardzo dobrym skutkiem rurkę odbytnicową. W celu sprowadzenia stolca trzeba było u dwóch pierwszych chorych stósować lejek Hegara, który wystarczył zupełnie do uregulowania czynności kiszek. Cięższych zboczeń z powodu upośledzenia ruchu robaczkowego jelit, czemu nawet J. Müller (l. c.) przypisuje niepomyślne zejście w jednym przypadku, nie zauważyliśmy wcale. Ważną rzeczą jest zachowanie odpowiedniéj dyjety po operacyi. Chore nasze przez pierwsze trzy dni nie dostawały nic prócz wody, nieco wina i rosołu, dopiero potém podawano im potrawy pożywniejsze a lekko strawne.

Po wyjęcia gazy jodoformowéj z pochwy 8go lub 10go dnia przestrzykiwano pochwę dwa razy na dzień 3% karbolem. Leczenie to było wystarczające, tylko u drugiéj chorej zaczęły się w ciągu drugiego tygodnia wydzielać z pochwy małe strzępki obumarłéj tkaniny, nieco cuchnące i z tego powodu trzeba było przejść do środka mocniéj przeciwgnilnego, mianowicie do octanu glinowego.

U téj saméj choréj wystąpił z początkiem trzeciego tygodnia objaw dość mocno niepokojący. Mam tu na myśli nagłe obrzmienie zapalne przedramienia prawego, o którém wspomniałem w historyi téj choréj. Obrzmienie to, dla którego nie było żadnéj innéj przyczyny, trzeba było odnieść najprawdopodobniéj do sprawy zatorowéj, a objaw ten zaniepokoił nas tém bardziéj, że znane są już w literaturze przypadki, np. trzeci przypadek Martina, w których embolija stała się przyczyną nagłéj śmierci. W przypadku naszym obawy te okazały się na szczęście płonnemi. Prócz obrzmienia na przedramieniu, które przy stósownem leczeniu znikło w ciągu dni kilku, nie wystąpiły nigdzie w ustroju żadne objawy zaburzenia w krążeniu, boć małe ropnie na wargach sromnych miały bez wątpienia przyczynę czysto miejscową. Jama po wycięciu macicy wypełniała się dosyć prędko a zmniejszanie się to nastąpiło szczególnie szybko po zastósowaniu wstrzykiwań mięszaniny jodoformu z gliceryną. O zaletach tego środka pozwolę sobie pomówić na inném miejscu; obecnie chciałbym tylko zwrócić uwagę na doskonałe jego działanie w przypadkach ran jamistych. Od chwili zastósowania tych wstrzykiwań jama zmniejszyła się w ciągu dni kilku prawie o połowę i wypełniła się wkrótce ziarniną zdrową i silną.

Rzeczywiście zdaje mi się, że następowe leczenie po wyjęciu macicy nie wiele już pozostawia do życzenia.

A teraz co do drugiego pytania, czy wycięcie macicy jest środkiem radykalnym w leczeniu raka? Na pytanie to nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć stanowczo. Musimy jednak przyznać, że i pod tym względem wyniki już teraz są znacznie więcéj zachęcające niż dawniéj.

W rozprawie swéj o wycinaniu macicy przez pochwę (l. c.) opisuje Mikulicz 7 przypadków, z których 3 zakończyły się śmiercią, u pozostałych czterech stwierdzono recydywę już w ciągu kilku tygodni po operacyi. „Gdybyśmy na podstawie tych tylko wyników mieli sądzić o wartości operacyi, musielibyśmy wraz z innymi operatorami porzucić już teraz wycięcie całéj macicy. Nim się jednak na to zdecydujemy, uważamy za obowiązek zbadać, czy i jakiemi środkami możnaby w przyszłych przypadkach osiągnąć lepsze wyniki.“ Oto słowa Mikulicza i rzeczywiście przy usilnéj pracy wielu badaczy znaleziono środki, które polepszyły znacznie procent nie tylko wyleczeń po saméj operacyi ale i wyniki co do recydywy. Już dziś znamy kilkanaście przypadków (np. Czernego, Kraussolda), w których nie było recydywy, po kilku lub kilkunastu miesiącach, a i co do opisanych wyżéj trzech przypadków prof. Mikulicza możemy się cieszyć jak dotąd pomyślnym wynikiem, u dwóch chorych minęło już blisko 5 miesięcy po operacyi, a nie ma u nich ani śladu powrotu nowotworu. Trzecia chora w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po operacyi jest także zupełnie zdrowa. Zapewne jest to jeszcze czas bardzo krótki, na ostateczne rozwiązanie tego ważnego pytania musimy czekać jeszcze lat kilka; zdaje mi się jednak, że możemy mieć nadzieję, że wycięcie macicy przez pochwę zyska sobie prawo obywatelstwa w chirurgii także jako operacyja radykalna.

A zresztą czyż mamy koniecznie stósować się do zdania Ahlfelda (*Deutsche med. Wochenschr.* 1880 Nr. 1—3), który powiada, że żaden lekarz sumienny nie może namawiać

swéj choréj do tak niebezpiecznéj operacyi, jaką jest wycięcie macicy, jeżeli jéj nie może obiecać wyleczenia radykalnego? Sądzilbym, że słuszniejsze jest zdanie Schrödera (*Versamml. deutscher Naturfroscher und Aerzte in Cassel* 1878), który kwestyję recydywy uważa za poboczną i radzi operować, choćby liczby wykazywały, że na 6 przypadków 5 razy nowotwór powraca. Wszakże statystyka wiedeńska wykazuje, że $4\frac{1}{2}\%$ kobiet zacząwszy od 25 roku życia umiera z powodu raka macicy; wszakże wycięcie macicy przez pochwę w obec udoskonalonéj techniki i leczenia następowego nie jest operacyją zbyt niebezpieczną; wszakże przez operacyję zyskuje kobieta cokolwiek nawet w razie wystąpienia recydywy, a zyskuje życie, jeżeli nowotwór zostaje radykalnie usunięty. Zdaje mi się więc, że każden lekarz nie tylko może, lecz nawet powinien namawiać chorą do poddania się wycięciu macicy, oczewiście jeżeli przypadek jest do tego stósowny. Bo nie u każdéj choréj z rakiem macicy trzeba wycinać całą macicę, i nie u każdéj dotkniętéj tém cierpieniem można wykonać tę operacyję. Wskazania tak do téj jak do każdéj innéj operacyi winny być ścisłe, a w zasadzie możemy się zgodzić na zdanie Czernego, że kolpohysterotomija odpowiednia jest w obec raków szyi macicy, dopóki macica jest ruchoma, nie bardzo powiększona, przy dostatecznie obszerném wejściu do miednicy. Prawie wszyscy autorowie kładą wielki nacisk na to, aby rak był ograniczony ściśle do saméj macicy i aby z wyjątkiem może części sklepienia pochwy, żaden z otaczających narządów nie był nowotworem zajęty. W pracy Mikulicza znajdujemy słowa, zakreślające operacyi znacznie większy obszar „Dopóki przy wycięciu macicy uważać będziemy pęcherz moczowody i odbytnicę za *noli me tangere*, i w ogóle nie, odważymy się przekroczyć najbliższego otoczenia macicy, dopóty doszczętne oddalenie nowotworu będzie niepewne a zatém i cały cel operacyi zniweczony..... Dlaczegoż mamy się obawiać zranienia sąsiednich części lub nawet wycinać z nich kawałki, jeżeli to nie pociąga za sobą bezpośredniego niebezpieczeństwa życia. Prawda, że niebezpieczeństwa operacyi przez to się wzmagają, lecz z pomocą nowych środków leczniczych możemy je zmniejszyć *ad minimum*, naturalnie jeżeli narządy owe zranione zostaną nie przypadkowo, lecz podług naprzód ułożonego planu.“

Najbliższa przyszłość pokaże, o ile nadzieje te się spełnią, dziś wiemy już z doświadczenia, że pęcherz można zranić bez znaczniejszego niebezpieczeństwa.

Jeszcze tylko słów kilka co do porównania wycięcia całkowitego macicy i leczenia raka tego narządu przez amputacyje częściowe. Pod tym względem panuje jeszcze dotychczas niezgoda między zwolennikami jednéj i drugiéj metody operacyi. Szczególnie zwolennicy częściowéj amputacyi podnoszą wyniki lepsze po téj operacyi niż po wycięciu całéj macicy. Zdaje mi się jednak, że spór ten nie ma właściwie podstawy, bo wycięcie macicy całkowite i częściowe jéj amputacyje nie są to operacyje równorzędne, nie wykluczają się one, lecz owszem uzupełniają nawzajem. Całkiem też słusznie powiada Czerny (l. c.), że lepsze wyniki po częściowéj amputacyi nie przemawiają całkiem przeciw całkowitemu wycięciu. Dowodzą one znanego faktu, że rak da się tém pewniéj wyleczyć, w im wcześniejszym znajduje się okresie. Operacyje te nie są téż równorzędne, bo wykonywa się je zwykle w obec rozmaitych odmian nowotworu. Amputacyję wykonywa się zwykle przy rakach brodawkowych, nie mających skłonności do rozszerzenia się na sąsiednie części, a przez swój rozpad i krwotoki zmuszające chorą do szybkiego szukania pomocy lekarskiéj. Wycięcie macicy wskazane jest zwykle w rakach szyi macicy, które szerzą się szybko na około, a nie wywołując przez czas dłuższy znaczniejszych objawów miejscowych lub ogólnych nie zdradzają wczas swéj obecności.

Zapewne możemy się zgodzić na zdanie Pawlika (l. c.), że celem wycięcia całéj macicy jest osiągnąć wyleczenie tam, gdzie częściowa amputacyja nie wystarczy. Trzeba tylko rozważyć dobrze, które przypadki nadają się do części owéj amputacyi a nie stósować jéj tam, gdzie nowotwór sięga za wysoko i nie spuszczać się np. na modyfikujące działania gorąca na zarodki rakowe przy zastósowaniu pętli galwanokaustycznéj. W przypadkach wątpliwych można zresztą postąpić tak, jak zrobił prof. Mikulicz w 3 przypadku, tj. dopiero podczas operacyi rozstrzygnąć, jakie wybrać postępowanie, czy wykonać amputacyję nadpochwową lub wyjąć całą macicę. Kładę tylko nacisk na to, że jeżeli w celu oddalenia całego nowotworu trzeba otworzyć otrzewnę, to według zdania prof. Mikulicza lepiéj jest oddalić całą macicę niż wikłać niepotrzebnie ranę pozostawiając część macicy w miednicy. Nadto jeżeli nam chodzi o pewność co do uchronienia się od recydywy, to przecie wyjęcie całéj macicy musi od niéj pewniéj chronić niż jakakolwiek częściowa amputacyja.

Kraków 18 kwietnia 1883.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał W. Jabłonowski
w Sułtan-Czair w Małéj Azyi.

Jako ciąg dalszy ogólnego przeglądu leczących i leczenia w Turcyi zamierzam teraz zająć uwagę czytelnika stanem rzeczy bardziéj szczegółowym, bo opartym na studyjach i ocenie przypadków leczenia poważnego i metodycznego, przypadków jużto poczerpniętych z własnéj praktyki, przeważnie jednak uwydatniających czynności powag lekarskich na Wschodzie tureckim. Przyjmując za zasadę opowiadania uwzględnienie miejscowych dat właściwém piętnem charakteryzujących każdy spostrzegany tu przypadek z każdéj gałęzi naszéj nauki postaram się podać to tylko, co przez swą terapeutyczną doniosłość zdoła rzucić pewien promień optymizmu na ogólny chaos, w jaki pozostaje upowitą praktyka lekarska na Wschodzie. Pomimo jednak, że długi pobyt w Turcyi ułatwił mi sposobność zapoznania się tak z praktyką prywatną i jéj koryfeuszami, jak również i z czynnościami lekarzy na polach walki i w szpitalach wojskowych, widzę, że zadanie opowiedzenia spostrzeganych faktów nie przedstawia się tak łatwém, jak to zrazu sądziłem. Trudność zaś ta da się usprawiedliwić istniejącym tu nagannym zwyczajem nienotowania traktowanych przypadków, niedbałością w prowadzeniu dziennika spostrzeganych ciekawych przypadków, wreszcie ową prawdziwie zabawną tajemniczością, jaką zwykła się otaczać praktyka miejscowych powag. *Pessima invidia medicorum*, jak się wyraził pewien starożytny autor, kwitnie tu w całéj swéj pełni! W gabinetach tutejszych lekarzy znajdziemy wprawdzie nie jeden skarb naukowy, tak jednak pieczołowicie przechowywany, że wyprowadzenie go na obszerniejszą scenę tylko wyjątkowo staje się możebném. To samo tyczy się i nadzwyczaj obfitéj statystyki szpitali wojskowych, gdzie w czasie osta

tniéj mianowicie wojny uskuteczniano po kilka operacyj na dzień, które jednak razem z klijentami usnęły pod cieniem cmentarnych cyprysów! Odgrzebanie więc tego, co w istocie warte przechowania, jest niejako obowiązkiem każdego, kto miał sposobność być świadkiem lub brać czynny udział w sprawie leczenia wschodniego społeczeństwa.

Leczenie przypadków wewnętrznych przedstawia zawsze niezmierny interes dla badacza. Jednakże częściéj się z niemi spotykając przypadki chirurgiczne zwykliśmy uważać za stosunkowo ciekawsze. Na Wschodzie zaś, gdzie jak już wiemy nóż chirurga spotyka się z żelaznym konserwatyzmem, każdy przypadek chirurgiczny, najnieznaczniejszy rękoczyn, rozbudzać zwykł istotny entuzyjazm i masy ludności doprowadzać do najwyższego stopnia zaciekawienia. Jeżeli tak się rzecz ma w stosunku do pospolitych czynności felczera, cóż dopiero powiedzieć o praktyce prawdziwych a tak tu rzadkich chirurgów. Wtedy nie wystarczy proste zaciekawienie mas, ale wszystko, co myśli i pisze, postara się za pośrednictwem dzienników najrozmaitszych odcieni rozpowszechnić doniosłość chirurgicznego faktu. Tak się téż w istocie rzecz miała, gdy na Perze buchnęła nagle wieść, że w pewnym domu tureckim wykonano operacyję cięcia cesarskiego. Wszystko więc, co tylko miało przystęp do domu choréj, biegło tam, aby się zapewnić o tym niesłychanym w rocznikach Stambułu fakcie. A po przekonaniu się wszystko téż z całą wschodnią fantazyją za brało się do komentowania faktu i postępowania leczącego, z pośpiechem zdobiąc olimpijskiemi laury znużoną jego skroń. Bo téż w istocie podobna operacyja to rzecz niesłychana dla Stambułu. Prędzéj uwierzonoby w zjawienie się nowego proroka, łatwiéj przypuszczonoby możebność wojny, jak zgodzenie się na potwierdzenie faktu, że operator chrześcijanin dotknął się swemi narzędziami ustroju kobiety muzułmanki. Że zaś fakt podobny dla stosunków lekarskich na Wschodzie, a zatém i dla historyi chirurgii w Turcyi, jest czynem nowym i dotąd po raz pierwszy praktykowanym, od niego więc i ja rozpocznę szereg kazuistycznych doniesień.

I. Cięcie cesarskie.

Operacyja została wykonaną przez Dra Fenerly na kobiecie muzułmance liczącéj lat 30, która od ośmiu dni doznawała bólów porodowych, nie mogąc jednak zakończyć swych cierpień li tylko samemi siłami natury. Feryde jest kobietą dotkniętą wysokim stopniem krzywicy. W dziecięctwie do 12 roku życia nie mogła chodzić. Z tego okresu pozostało jéj bardzo widoczne zniekształcenie miednicy. Wzrost jéj nie przechodzi 118cm. Odnogi dolne są prawie zgięte i jakby skręcone; miednica w linii przodo-tyłowéj zniekształcona i spłaszczona. Okres pierwszych czyszczeń miesięcznych miał miejsce w 17ym roku życia Ferydy. W 27ym roku wydana za mąż w kilka miesięcy zaszła w ciążę. Lecz dzięki przyjacielskiéj radzie jednéj z przyjaciołek zezwoliła na spędzenie cztero-miesięcznego płodu, przyczém doznała niemałych trudności. Odtąd jednak czuła się wcale dobrze aż do chwili nowego zajścia w ciążę. Tym razem jedna z akuszerek zdołała ją przekonać, że poród może się odbyć z łatwością, i że akuszerka bierze na siebie doprowadzenie całéj sprawy do pożądanego końca. W istocie téż ciąża postępowała prawidłowo. Po dojściu zaś do swego okresu i po wystąpieniu pierwszych pojawów porodowych, uprzedzona akuszerka zajęła swe stanowisko przy rodzącéj doradzając jéj odwagi i cierpliwości. Po trzydniowém trwaniu cierpień bóle się nagle wzmogły i dopiero wtedy odpłynęła pewna ilość wód płodowych. Jednakże sprawa porodowa nie postępowała. Zaniepokojeni krewni zawezwali kilku lekarzy. Ci jednak nie zdali sobie sprawy z sytuacyi położnicy, ani z przeszkód, jakie przedstawiało zniekształcenie miednicy. Jeden z nich tylko zaproponował zastosowanie kleszczy. W takiém położeniu znalazł Dr. Fenerly chorą w ósmym dniu trwania sprawy porodowéj. Badając wtedy położnicę z łatwością potwierdził zniekształcenie całego szkieletu, a głównie, co było najbardziéj ważném, zniekształcenie miednicy. Za pomocą dotyku stwierdzono, że wymiar krzyżowołonowy nie był większym nad 4cm.; kręgi lędźwiowe zstępowały aż do linii osi zatoki górnéj i zbliżając się ku kości łonowéj tworzyły baryjerę niepodobną do usunięcia parciem główki płodu. Palcem można było omacać tylko górną część szyjki macicznéj, podczas gdy dostanie się do ścian saméj macicy było rzeczą niepodobną. Brzuch był nadzwyczaj wzdęty i bardzo wysadzony. W takich warunkach zadecydowano o niemożebności zakończenia porodu siłami natury. Płód jednak żył jeszcze. Woda płodowa wydzielana za każdym skurczem macicy była w dość znacznéj ilości. Stan ogólny położnicy był zadowalającym. Tętno 100 dość silne. Chora uskarżała się na pragnienie, pocąc się bardzo obficie. Po tém badaniu dokonaném z całą ścisłością, widząc materyjalne niepodobieństwo porodu i niemożebność embryjotomii, zaproponowano jako jedyny środek cięcie cesarskie. Po długich wahaniach się krewnych udało się nareszcie przekonać ich o konieczności operacyi, która też została wykonaną przez Dra Fenerlego przy asystencyi trzech innych kolegów.

Po wypróżnieniu pęcherza i odbytnicy i zachloroformowaniu kobiety dwóch pomocników utrzymywało macicę w linii środkowéj jamy brzusznéj. W kierunku linii białéj od pępka aż do wysokości 3cm. po nad kością łonową biegło cięcie rozdzielające skórę i tkankę komórkowatą podskórną. Z powodu jednak wątłéj budowy kobiety operujący widział się zmuszonym przedłużyć cięcie powłok brzusznych o $3^1/_2$cm. ku górze i na lewo ku pępkowi. W taki sposób otrzymano cięcie długie na 15cm. Po przecięciu tkanki łącznéj jama otrzewny została otwartą. Rowkowaty zgłębnik i nożyk tępo zakończony służyły do przecięcia błony surowiczéj otrzewny, po otwarciu któréj natychmiast kilka pętli jelit dostało się na zewnątrz. Potrzeba było 15 minut czasu do wprowadzenia ich w jamę brzuszną. Po usunięciu téj przeszkody przystąpiono do otwarcia saméj macicy warstwami. Znalazłszy się w obec jaja płodowego rozcięto je i tępo zakończonym nożykiem wydzielono błony. Poczém wydobyto płód stawiający się do porodu w pozycyi lewéj łopatki. Bardzo niejawne znaki życia płodu zmusiły do poświęcenia kilku minut czasu do oswobodzenia go ze stanu zamartwiczego. Wydobycie łożyska nie przedstawiało nic szczególnego. Krew i woda płodowa, ta ostatnia w znacznéj ilości, upłynęły na zewnątrz i tylko bardzo nieznaczna ich ilość dostała się do jamy bruszném. Rękoczyn wykonano z całą ścisłością, wymyto ranę i oddalono skrzepy krwi. Macica kurczyła się szybko. Przystąpiono więc do nałożenia szwów na ranę ścian brzusznych i czynność ta zajęła wiele czasu z powodu złéj jakości nici srebrnych i braku odpowiednich narzędzi. Z wielką trudnością zdołano wreszcie nałożyć szew, używając ku temu srebrnych szpilek. Okład z roztworu karbolowego i odpowiednia opaska uzupełniły opatrunek. Operacyja trwała dwie godziny i pół, nie przy-

czyniając choréj żadnych bólów. Operowana dowiedziała się o całém zajściu dopiero w kilka dni późniéj. Jako środek wewnętrzny przepisano 10 ctgr. wyciągu makowca na dziesięć pigułek co godzina po jednéj. Za pożywienie zalecono mleko i rosół. Otaczających chorą wezwano do zachowania największego spokoju.

W sześć godzin po operacyi chora doznała silnych dreszczy trwających przez godzinę. Przez ranę i pochwę odpłynęło nieco krwi. Zastosowano okłady zimne na całą jamę brzuszną. Dzięki pigułkom operowana czuła się spokojną przy tętnie 88 i ciepłocie 38°. Pragnienia nie było. Zaledwie dały się uczuwać lekkie bóle. Z rany i pochwy wydzielało się jeszcze zawsze nieco krwi. Dziecko płci męskiéj silne, dobrze się mające. Leczenie i pożywienie pozostało niezmienném.

Pierwszą noc po operacyi chora przepędziła niespokojnie, z bólem głowy, tętnem 108, ciepłotą 39°, bez pragnienia. Brzuch znaleziono więcéj obrzmiałym i bolesnym. Od chwili operacyi chora nie oddała moczu; zastosowano więc zgłębnik i wydalono znaczną ilość moczu koloru brunatnego. Upławy krwiste z rany i pochwy ustały. Stan rany był zadowalającym. Przy rannéj wizycie chora uskarżała się na bardzo silny ból głowy; noc przepędziła niespokojnie śród dreszczów i majaczenia. Tętno 100, ciepłota 38°. Brzuch wzdęty i bardzo czuły przy dotyku. Upławy z rany bardzo nieznaczne, z pochwy nic nie odpływa. Dwa razy na dzień wypadało stosować zgłębnik w celu wydalenia moczu. Od dnia operacyi chora nie oddała stolca. Przepisano 60cgm. kalomelu w dwóch proszkach. Środek ten jednak nie wywołał stolca. Podano więc 70 gram. olejku rącznikowego. Noc upłynęła bardzo niespokojnie. Rano gorączka, tętno 116, ciepłota 39°, bardzo silne pragnienie, brzuch wzdęty i bardzo bolesny, moczenie niepodobne i następujące tylko po zastosowaniu cewnika. W ciągu dnia chora miała pięć stolców, co jéj sprawiło bardzo wielką ulgę. Wzdęcie brzucha zmniejszyło się nieco. Chora zawsze się jeszcze uskarżała na dreszcze, silne bóle głowy i tężenie w sutkach wypełnionych pokarmem. W ciągu następnych czterech dni nastąpiła widoczna zmiana. Przy tętnie 104, ciepłocie 38°, brzuchu wzdętym i zawsze bolesnym, rana przedstawiała bardzo dobre wejrzenie: w pewnych punktach spostrzeżono nawet jéj zabliźnianie się. Leczenie wzmacniające; wino Chassaing. Szóstego dnia po operacyi chora przepędziła noc bardzo niespokojną. Przy tętnie 116, ciepłocie $39\frac{1}{2}$° doznawała bardzo silnych dreszczy, brzuch jéj był bardzo wzdęty i bolesny, język suchy, pragnienie silne, bóle w sutkach wydzielających znaczną ilość mleka. Chora miała dwa razy wymioty żółciowe. Dolna część rany prawie zabliźniona otwarła się na nowo wydzielając płyn ropny i cuchnący. Wydalony mocz miał silną woń amonijakalną. Przepisano 60cgr. wodobromianu chininu na cały dzień, a na noc 6ctgr. wyciągu makowca, robiąc daléj okłady odwietrzające na ranę. Noc przeszła spokojnie; chora miała trzy stolce. Bóle głowy i pragnienie ustąpiły. Tętno 90, ciepłota 38°. Z wyjątkiem dolnéj części rany wydzielającéj jeszcze nieznaczną ilość ropy, pozostała część zdaje się być zabliźnioną. Leczenie wzmacniające; mleko i rosół. Jedenastego dnia po operacyi spostrzeżono polepszenie się ogólnego stanu. W nocy tylko z 11go na 12y dzień chora mając siedm stolców, naraziła się na wielkie wysilenie w skutek czego rana otwarła się w kilku punktach. Przepisano garbnikan chininu. Odtąd stan się polepszył. Tętno spadło do 75, ciepłota do $36\frac{1}{4}$°. Chora miewając po trzy stolce w ciągu 24 godzin również w skutek wysileń i przy opadaniu ścian brzusznych naraziła się na rozdarcie blizny mającéj już 7cm. długości. Rana powstała z tego powodu wydzielała nieco ropy, dobréj już jakości. Brzegi i dno rany są czerwone. Ranę więc obmyto dokładnie wodą karbolową, nałożono opatrunek kleistrowy i brzuch cały otoczono stosowną opaską. Tak postępując do 19 dnia po operacyi doprowadzono chorą do dobrego stanu. Rana, mająca 4cm. długości i 2 prawie cm. głębokości, szybko postępowała ku zabliźnianiu się. Ropienie było nieznaczne, tylko stolce były nieco za częste (4 na 24 godzin). Od czterech dni z pochwy nie spostrzeżono żadnéj wydzieliny. Opatrunek zwykły. Leczenie wzmacniające. W ciągu następnych kilku dni chora miewała napady zimnicze, które zwalczono przez zastosowanie siarkanu chininu. Wreszcie w miesiąc po wykonaniu operacyi znaleziono ranę zabliźnioną, wszystkie czynności odbywały się regularnie i operowana mogła już odtąd zająć się pielęgnowaniem swego dziecięcia.

Przypadek ten operacyi cięcia cesarskiego, jak powiedziałem, jest pierwszy i jedyny w Stambule. Nie dowodzi to jednak, że w wielkiém tém mieście brak przypadków, w których rękoczyn ten można zastosować lub że podobne przykłady są rzadkie. Całkiem przeciwnie. Tutaj bowiem, mianowicie pośród ludności muzułmańskiéj, wszystkie kobiety bez wyjątku wychodzą za mąż, choćby ich budowa była nietylko przeobrażoną w garby ale jeszcze bardziéj zniekształconą. Przykłady téż nadzwyczajnych zwężeń miednicy są bardzo częste. W takich jednak razach praktycy tutejsi wolą uciec się do rękoczynów takich, jak embryjotomija lub kefalotrypsyja, nie wiele zwracając uwagi na trudność tych operacyj, mianowicie w razach, gdy miednica jest nadzwyczaj zwężoną w swéj średnicy. Cóż wtedy się dzieje? Oto po kilku godzinach niezwykłych usiłowań zdoła się wydobyć płód zmiażdżony i pokawałkowany, a i kobieta doznawszy silnych wstrząśnień, wyczerpana na siłach, najczęściéj ulega nieszczęśliwym następstwom swego stanu, już to w kilka godzin po operacyi, już téż to po kilku dniach zapadając na gwałtowne zapalenie macicy i otrzewny. W następstwie wspomnianych rękoczynów w czterech przypadkach spostrzegałem także pęknięcie macicy. Sądzę więc, że w częstych tu przypadkach zwężeń miednicy cięcie cesarskie przedstawia jeszcze najwięcéj korzystnych warunków, mianowicie dzisiaj, gdy z takim skutkiem można stosować metodę odwietrzającą.

(C. d. n.)

III. Przyczepiny tęczówki i jaskra.

Napisał Dr. Józef Talko w Warszawie.

Kol. Kramsztyk, opierając się na trzech własnych obserwacyjach, zapytuje w Nrze 15 Przeglądu Lek., czy można wypowiedzieć twierdzenie, że przyrosty tęczówki wywierają pewien wpływ ochronny, leczniczy w jaskrze?

Pamiętam, uczono nas, że przednie przyczepiny tęczówki (*synechiae anter.*) mogą tylko ujemnie wpływać na wzrok pacyjenta, stając się nieraz powodem rozwinięcia objawów jaskrowych w oku. Następnie w praktyce swojéj każdy z nas niejednokrotnie miewał do czynienia z jaskrą, w skutek przyczepin tęczówki do rogówki (*glaucoma secundar. e synechia ant.*) W r. z. Swanzy i Zehender zwracali uwagę na złe następstwa (*iritis suppur.*, *panophthalmitis*), nawet po upływie wielu lat, obwodowych wypadnięć i przyczepin tęczówki.

Gdy przednie przyczepiny tęczówki wywołują podrażnienie, nadmierne wydzielanie z jagodówki, powiększone ciśnienie śródoczne, a także zapalenie tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki, dziwném wydawałoby się, gdyby przyczepiny tylne téj błony względnie do torebki soczewkowéj (*syn. posterior*) rozciągające tęczówkę i będące powodem, jak wiadomo, nawrotów ostrego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, wpływały zapobiegawczo na powstawanie i powtarzanie się objawów jaskrowych, a tém bardziéj wywierały na nie wpływ leczniczy, jak to czyni ezeryn. Działanie ezerynu zwężające źrenicę i ściągające tęczówkę w żadnym razie nie może być porównane ze stanem tęczówki (a tém mniéj gałki ocznéj) w przypadkach tylnych przyczepin.

Przypuszczeniu szan. kolegi, które wątpię, żeby którykolwiek z okulistów podzielił, przeciwstawiam wyniki spostrzeżeń oparte na 3ch chorych, których świeżo widzieliśmy w Instytucie oftalmologicznym ks. Lubomirskiego wraz z kol. Gepnerem i Przybylskim.

1) U 34-letniéj kobiety (Żytnikowa), któréj lewe oko przedstawiało oznaki nowotworu śródocznego, stwierdziliśmy w oku prawém, pomimo szerokiéj szczeliny (po irydektomii w 1878 r.) i tylnych przyczepin brzegu źrenicznego tęczówki, powiększony ucisk śródoczny, zagłębienie tarczy nerwowéj, zupełny brak komórki oka, przy bardzo wysokiém, co dziwna, krótkowidzeniu; bystrość wzroku pogarsza się stopniowo (*Glaucoma simplex).*

2) U drugiéj 65-letniéj choréj (Zuchowska), któréj lewe oko było prawidłowe, w prawém znaleźliśmy tylną przyczepinę tęczówki prawie na całym obwodzie źrenicy, w obec objawów jaskry ostrozapalnéj. T. + 2; zaledwie rozpoznaje światło (*Irido-chorioiditis, gl. inflammatorium*).

3) 65-letni mężczyzna (Korzeniowski), cierpiący na jaglicowe zapalenie spojówki i cieszący się dobrym wzrokiem oka prawego, lewém zaledwie uczuwa światło. Przed $1\frac{1}{2}$ rokiem zadraśnięto paznogciem górny brzeg rogówki tego oka; od tego czasu datują się napady jaskry. Obecnie istnieją w oku *iritis et synechiae posteriores* w znacznéj ilości, osobliwie dolno-źrenicznego brzegu, przy objawach ostrozapalnéj jaskry; twardość gałki znacznie powiększona (T+2), przed użyciem ezerynu dochodziła nawet do wysokiego stopnia (T+3).

Obserwacyje te podaję bez komentarzy. Nie mogę jednak nie zrobić tego wniosku, że podczas gdy u kolegi K. tylne przyczepiny zapobiegać miały rozwojowi objawów jaskrowych, lub okazywały niby dobroczynny wpływ na przerwę napadów, u naszych chorych działo się przeciwnie, u wszystkich, pomimo tylnych przyczepin, rozwinęła się i postępowała jaskra, która u dwóch ostatnich miała cechę ostrozapalną. U tych ostatnich to oko było wolne od jaskry, w którém przyczepin nie wykryto.

IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo i policyjnolekarska.

II.

Śmierć z otrucia rozcieńczonym kwasem karbolowym.

Podał Dr. J. Schaitter.

demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Ogłaszając niniejszy przypadek nie zamierzamy wcale pomnożyć obfitą kazuistykę otrucia, zdarzającego się po stosowaniu środka tego na rany, poprzestajemy na przedstawieniu obrazu anatomicznego zmian wywołanych po wypiciu roczczynu rozcieńczonego w przypadku nader wybitnym, który stał się przedmiotem policyjno-sanitarnéj sekcyi, wykonanéj w zakładzie. Już same własności fizyczne środka są przyczyną, że mimo wybitnie trującéj jego natury nie bywa używany przez skrytobójców, ztąd téż tłumaczy się mała stosunkowo kazuistyka tego otrucia po wewnętrzném podaniu środka w porównaniu z otruciem sprowadzoném przez resorbcyję z powierzchni rannéj. Najczęściéj jeszcze zdarza się ono w skutek nieuwagi lub omyłki u osób nieprzytomnych, albo też w celu samobójczym, i takim téż, jak się zdaje, był nasz przypadek.

K. M. mężczyzna około 40 lat liczący, człowiek schorzały, przybył wieczorem do mieszkania w stanie nie trzeźwym i ułożył się do snu. W nocy nie zauważył nikt z otaczających nic szczególnego ani nie spostrzeżono, jakoby był wstawał. Nad ranem zaś, gdy go chciano budzić, spostrzeżono, że nie żyje. W obec braku wszelkich poszlak morderstwa nie domyślano się zrazu śmierci gwałtownéj i w celu wykazania jéj przyczyny poddano zwłoki sekcyi policyjno-sanitarnéj, któréj protokół w całéj rozciągłości następuje.

A. Oględziny zewnętrzne. 1. Na stole sekcyjnym leżą zwłoki mężczyzny lat około 50 liczyć mogącego, dobrze zbudowanego i miernie odżywionego. 2. Plamy pośmiertne rozległe na grzbiecie i tylnych częściach ud przez nacięcie jako takie stwierdzone. 3. Stężenie trupie utrzymuje się w odnogach dolnych i górnych, mięśnie karkowe wolne. 4. Włosy na głowie, wardze górnéj i brodzie gęste, czarne, gdzieniegdzie z siwemi zmięszane; na przodkowéj ścianie klatki piersiowéj dosyć gęsty czarny porost włosów. 5. Powieki przymknięte, rogówki nieco zaćmione, tęczówki niebieskie, miernie rozszerzone. 6. Wargi sinawe, zęby ściśnięte, język po za niemi. Na około ust ani na twarzy nie ma żadnych śladów podejrzanych; nie ma ich również w jamie ust przodkowéj. 7. W okolicy otworów ciała naturalnych nie ma żadnych zmian. 8. Nigdzie na ciele śladów obrażenia nie spostrzeżono.

B. Oględziny wewnętrzne. 9. Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznéj wejrzenia prawidłowego. Kości czaszki cienkie, sklepienie symetryczne. 10. Opona twarda miernie napięta, blada, gladka i połyskująca, zatoka podłużna próżna. Opony miękkie nieco zaćmione na szczycie półkul, zresztą blade i cienkie. 11. Istota mózgowa biała i szaro wyraźnie odgraniczone, w białéj na przekroju przebija wyraźnie odcień różowawy. Komórki boczne, trzecia i czwarta próżne, wyściółka ich cienka, połyskująca; sploty żylne miernie krwią wypełnione. W zwojach większych, płatach czołowych i mózgu małym nie ma nic nieprawidłowego; naczynia na podstawie o ścianach cienkich. 12. Po odjęciu opony twardéj od podstawy czaszki ostatnia okazuje się nieuszkodzoną. 13. Po rozcięciu ścian klatki piersiowéj i jamy brzusznéj nie spostrzega się nic nieprawidłowego w ułożeniu trzew. 14. Brzegi płuc stykają się zaledwie pozostawiając osierdzie nie pokryte w rozmiarze prawidłowym. 15. Płuco prawe w częściach tylnych przyczepione wiotkiemi zrostami do ścian klatki piersiowéj; opłucna jego wszędzie gładka, objętość dość znaczna, za uciskiem wszędzie trzeszczy, na rozkroju zalewa się mierną ilością krwawo zabarwionéj surowicy. 16. Płuco lewe również nieco przyczepione przedstawia takie same zmiany. 17. Z oskrzel obu płuc wydobywa się przy ucisku ciecz pienista różowo zabarwiona. 18. Język na górnéj swéj powierzchni jest po-

kryty białym mułem, po bokach okazuje się błona śluzowa pokryta cienką warstwą przybłonka białawo - sinego, jakby wygarbowanego, kruchego. Tak samo przedstawia się błona śluzowa podniebienia miękkiego i obu łuków. 19. Więzadła nalewko-nagłośniowe, nagłośnia i górna część krtani znacznie surowiczo obrzękłe, pokryte przybłonkiem zmienionym w sposób powyżéj opisany. 20· Gardziel próżny, po rozcięciu tegoż uczuć się daje charakterystyczna woń kwasu karbolowego. Powierzchowne warstwy przybłonka w całym gardzielu jakby wygarbowane, gładkie, twardsze a szczególnie po nad wpustem żołądka białawo zabarwione, przytém kruche, dające się odłuszczyć w cienkich płatkach. 21. Tchawica wypełniona pienistym śluzem, jéj błona śluzowa nastrzykana, również błona śluzowa grubszych pni oskrzelowych. 22. Blaszka ścienna osierdzia blada i gładka, blaszka trzewowa okazuje po nad lewą komórką w miejscu ściśle odgraniczoném ścięgniste zgrubienie. 23. Komórka lewa skurczona, mięsień sercowy brunatno-czerwony, jędry; komórka prawa próżna. Mięśnie beleczkowe i zastawki obu komórek prawidłowe. 24. Główne pnie tętnicze jakotéż ich zastawki nie okazują zmian. 25. Wątroba rozmiarów prawidłowych. Przekrój przedstawia obraz nacieku tłuszczowego miernego stopnia. 26. Podwiązawszy poprzednio wpust i okolicę odźwiernika wyjęto skurczony żołądek i rozcięto wzdłuż małéj krzywizny ponad czystém naczyniem szklaném. Ściany jego szczególnie w okolicy dna i z tyłu znacznie grubsze i twardsze niż to zazwyczaj bywa. Treść jego płynna, biaława w ilości około 50 grm. wydaje mocną woń fenolu czyli kwasu karbolowego. W płynie tym pływają obficie strzępy białe, serowate. Dno żołądka pokryte grubą warstwą do séra podobną ściśle przylegającą, która daje się oddzielić jedynie wraz z błoną śluzową i odsłania tym sposobem powierzchowną warstwę mięsną. Od téj masy serowatéj w dnie żołądka ciągną się pasma nieregularnych fałdów ku odźwiernikowi, szczyty tych fałdów szorstkie, kruche i twarde, zabarwione białawą, przylegającą masą serowatą, po usunięciu któréj widać miejscami a mianowicie na dnie rozpadlin pomiędzy fałdami błonę śluzową mniéj stosunkowo zmienioną, wszędzie jednak pokrytą cienką warstwą zmienionego, kruchego przybłonka. Pod otrzewną, pokrywającą żołądek, widać w okolicy dna drobne wybroczyny w grupach obok siebie. 27. Błona śluzowa dwunastnicy jednostajnie zaczerwieniona i bardzo znacznie rozpulchniona; nie można na niéj rozróżnić pojedynczych naczyń. Gdzieniegdzie zwłaszcza w części bliższéj odźwiernika widać drobne wybroczyny. Zmiany te sięgają na 50 cm. w jelito licząc od odźwiernika, odkąd stają się mniéj wyraźnemi i ustępują miejsca błonie śluzowéj prawidłowego wejrzenia. 28. W dalszych częściach przewodu pokarmowego, zawierającego kał obficie żółcią zabarwiony, nie ma zmian. 29. Śledziona prawidłowa. 30. Nerki przedstawiają obraz przekrwienia biernego, rysunek kory wyraźny, torebka zchodzi łatwo. 31. Pęcherz moczowy próżny, jego błona śluzowa ma wejrzenie prawidłowéj.

Mętną, płynną, białawą treść żołądka, wydającą woń kwasu karbolowego, poddano natychmiast destylacyi a kilka kropel destylatu, wydającego również wyraźną woń kwasu karbolowego zmięszanych z chlorkiem żelazawym, przybrały zabarwienie fijoletowe, które po ogrzaniu zamieniło się w brunatne. Z odczynnikiem Millona barwił się destylat czerwono, zwłaszcza po ogrzaniu.

Otrucie kwasem karbolowym nie ulegało przeto wątpliwości, miało ono miejsce w nocy i wśród takich zresztą warunków, że nikt nie był świadkiem objawów chorobowych, które jak wiadomo zwykły występować prawie natychmiast po wypiciu środka. Opisy przypadków tego otrucia zgadzają się ze sobą w sposób uderzający. Według zdań naocznych świadków otruty staje się nieprzytomnym, czasem nastają wymioty, wreszcie rozwijają się szybko postępujące objawy obrzęku płuc i znacznego osłabienia czynności serca a pomimo rychłéj pomocy lekarskiéj następuje zapad i śmierć. Nadmienić wypada, że ten przebieg napotyka się w przypadkach użycia dawki znaczniejszéj lub rozczynu niezbyt rozcieńczonego, a porażenie czynności serca ma powstawać zdaniem S c h u c h a r d t a w drodze odruchowéj, wskutek nader silnego zadrażnienia nerwów żołądka. Nic nie przemawia w naszym przypadku przeciw przypuszczeniu takiego samego przebiegu a jakkolwiek nie mogliśmy dowiedzieć się, w jakiém rozcieńczeniu i w jakiéj ilości denat napił się kwasu karbolowego, przypuścić koniecznie należy, że musiał to być rozczyn przynajmniéj 5%. Ilość jego musiała być dosyć znaczną, o czém nie tyle z treści żołądka, ile z rozległości zmian, sięgających na 50 cm. po za odźwiernik, wnosić nam wypada. Porównywając obraz żołądka i dwunastnicy w naszym przypadku z obrazem podanym przez L e s s e r a w Berlinie, (*Atlas der ger. Med. Berlin* 1883), znachodzimy pomiędzy niemi podobieństwo niezaprzeczone. Obraz L e s s e r a pochodzi z przypadku otrucia, w którym zmarły wypił rozczyn około 10%, po wypiciu doznał wymiotów i utraciwszy przytomność zmarł w 40 minut mimo spiesznéj pomocy lekarskiéj. Wymiotom, których w naszym przypadku nie było, gdyż nie znaleziono wymiocin około zmarłego, przypisać należy pewne różnice obu obrazów, jak niemniéj okoliczność, że w przypadku L e s s e r a wypił zmarły truciznę w ilości znaczniejszéj, sprawiła, iż zmiany tam były znacznie rozleglejsze i obraz przekrwienia o wiele żywszy. L e s s e r zamieszcza wspomniany obraz otrucia karbolowego na czele swojego atlasu a usprawiedliwia się tém, że pomimo iż otrucie tym kwasem zajmuje jedno z ostatnich miejsc w statystyce otruć środkami żrącemi, to zmiany nim wywołane mogą stanowić pierwowzór zmian powstających po użyciu środków żrących, nie barwiących tkanin w sposób swoisty. I to jeszcze uwzględnić należy, że gdy po użyciu pewnych rozczynów żrących tkaniny obumarłe pod ich wpływem ulegają dalszym zmianom, tutaj sama przyroda środka żrącego jest tego rodzaju, że tkaniny przedstawiają nawet po pewnym czasie obraz nie różniący się od powstałego w pierwszej chwili po zadziałaniu, bo nawet, jak przekonaliśmy się w naszym przypadku, wejrzenie błony śluzowéj żołądka nie uległo zmianie po kilku dniach leżenia we wodzie. Trzy są zmiany, których doznają błony śluzowe po zadziałaniu środka żrącego: zmiana przezroczystości, barwy i zbitości, a wszystkie tkaniny, które się zetknęły ze środkiem, obumierają i krzepną odrazu pod jego wpływem. W naszym przypadku uwydatnia się to działanie w sposób uderzający. Nie mamy tutaj na myśli owego białego mułu na górnéj powierzchni języka, gdyż ten nie przedstawiał nam się wcale charakterystecznie, myślimy o przybłonku pokrywającym resztę błon śluzowych a robiącym istotnie wrażenie błony skrzepłéj, wygarbowanéj. Obecnie gdy preparat leży już czas dłuższy w rozcieńczonym wyskoku, uwydatnia się ta różnica pomiędzy warstwą tkaniny strupieszałéj a zdrowéj jeszcze wybitniéj, gdyż ostatnia kurczy się pod wpływem wyskoku, podczas gdy pierwsza, zachowując w wyższym stopniu swoje cechy fizyczne, odstaje od niéj

w całych płatach. Tam gdzie kwas działał tylko mimochodem, ograniczyło się działanie jego do warstwy przybłonkowéj; inaczéj ma się rzecz w żołądku a mianowicie w dnie i na tylnéj jego ścianie, gdzie kwas, jakkolwiek został rozcieńczony treścią narządu, działał przez czas dłuższy. Tutaj nie ma już téj wybitnéj różnicy pomiędzy warstwą przybłonkową a samą błoną śluzową, ostatnia uległa w całéj swéj grubości jego działaniu, co więcéj utworzyła wraz z skrzepłą treścią żołądka jedną masę, przylegającą silnie do warstwy mięsnéj.

Przeglądając odnośną literaturę napotkaliśmy opisy przypadków tak podobne do naszego, że zgadzają się nawet w drobniejszych szczegółach. Wymienić nam tu wypada przypadki opisane przez Schwarza (*Vierteljahrschrift f. ger. Med.* B. 19. S. 329—341. 1873) Krönleina (*Berl. klin. Wochenschr.* X. Nr. 51, 1873). Mračka (*Wiener med. Wochenschr.* 1879 Nr. 33) (zakończył się wyzdrowieniem) i Zillnera (tamże Nr. 47 i 49), w których podobne zmiany napotykano a przekonywamy się, że jeżeli kwas nie był użyty w pewném zgęszczeniu lub téż jeżeli zastosowano natychmiast przepłukiwanie żołądka, ulegają zmiany na jego błonie śluzowéj pewnym modyfikacyjom w obec stale występujących zmian w jamie ustnéj i w przełyku. Że zmiany w żołądku nie zawsze bywają tego rodzaju, świadczy najlepiéj przypadek Friedberga, (*Gerichtsärztliche Praxis, Wien* 1881, S. 357), w którym podano choremu łyżkę stołową mięszaniny kwasu karbolowego i gliceryny w równych częściach a w protokole sekcyjnym wspomina autor o utratach istoty na błonie śluzowéj, przenikających całą jéj grubość. Lesser przeciwnie oświadcza z naciskiem, że nie spostrzegł nigdy owrzodzeń ani utraty istoty w błonie śluzowéj, za czém przemawia i nasz przypadek. Twierdzi on, że w przypadkach otrucia środkami żrącemi bezbarwnemi nie można z obrazu po śmierci wnosić o rodzaju środka z bezwzględną pewnością; podobny obraz widział po otruciu sublimatem, arszenikiem, wyskokiem, kwasami mineralnemi rozcieńczonemi, kwasem szczawiowym i ługami żrącemi, gdyż zmiany przeźroczystości, barwy i zbitości powtarzają się w tych przypadkach z mniejszą lub większą przewagą jednéj lub drugiéj obok zmian odpowiadających ostremu zapaleniu; stwardnienie i kruchość powierzchownych warstw błony śluzowéj żołądka bywają po użyciu środków żrących tak wybitnemi, iż wśród zmian patologicznych tego narządu zdarza się tylko jedna, która przy badaniu powierzchowném nieco jest podobną do zmian po otruciach, a mianowicie naciek wapnisty błony śluzowéj. W obec braku cech anatomicznych, któreby mogły rozstrzygnąć o rodzaju użytego środka żrącego, polega zazwyczaj stanowcze rozpoznanie na dochodzeniu chemicznem już to saméj treści żołądka, już téż to innych narządów i wydzielin. W otruciu kwasem karbolowym dochodzenie chemiczne staje się prawie zbytecznem, woń tego kwasu bowiem, rozlegająca się natychmiast po otwarciu żołądka, usuwa wszelką wątpliwość, a jeżeli mimo to przedsiębierze się próby chemiczne, to jedynie dla tego, aby być zasłoniętym przed zarzutem pominięcia pewnéj a w innych przypadkach ważnéj części dochodzenia. Wspominają autorowie, że kwas ten można wykryć we krwi, wątrobie i moczu zmarłych z otrucia. Uwagi te jednak nie odnoszą się nigdzie do otruć tak gwałtownych, jak w naszym przypadku, a brak moczu w pęcherzu naszego zmarłego świadczy, że śmierć tutaj nastąpić musiała bardzo prędko po użyciu środka, wypitego po oddaniu moczu, albo że wydzielanie moczu zostało nagle wstrzymaném może w drodze odruchu. Produkty przemian kwasu karbolowego w organizmie, nadające moczowi zabarwienie wielce charakterystyczne, świadczą, że kwas ten wessany przebył swobodnie krążenie i został wydzielony nerkami w postaci zmienionéj właśnie wśród krwi i pod wpływem spraw chemicznych w organizmie. W przypadkach, w których porażenie serca ma być odruchowém po zadziałaniu na nerwy żołądka nie ma czasu na resorbcyję i na te wszystkie przemiany a dowodzi tego rozbiór moczu w przypadku Krönleina, w którym nie znaleziono ani kwasu karbolowego, ani jego pochodnych połączeń pomimo, że śmierć nastała w dwie godziny po wypiciu środka.

W końcu niech nam wolno będzie powrócić jeszcze do wspomnianéj powyżéj statystyki tego otrucia. Berlin zajmuje niezaprzeczenie pierwsze miejsce pośród większych miast ze względu na częstość samobójstw w ogólności, a w szczególności otruć w stosunku do innych przyczyn gwałtownéj śmierci. Otóż według zestawienia Lessera zajmuje otrucie kwasem karbolowym (wewnętrznie użytym) jedno z miejsc ostatnich. Na 430 przypadków otrutych leczonych w szpitalach berlińskich w ciągu lat 1876 do 1878 zmarło osób 282, a z tych z zaczadzenia 118, z otrucia kwasem siarkowym 36, fosforem 22, sinkiem potasu 30, kwasem szczawiowym 11, wyskokiem 14, arszenikiem 9, rozmaitemi innemi środkami 42, z pośród tych są 2 przypadki otrucia kwasem karbolowym, z czego wynika, że otrucie to w każdym razie jest bardzo rzadkiém.

V. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

III. Drgawki samoistne.

Samoistne drgawki, wśród wystąpienia których nie można było wykazać żadnéj przyczyny, ani téż nie można było odnieść ich do jakiegokolwiek cierpienia ustroju, zauważyliśmy tylko cztery razy: z tych dwa razy u dzieci niżéj lat 2, a dwa razy u takich, których wiek granicę tę przekraczał. Zastrzedz się jednak z góry muszę, iż z 4 przypadków, poniżéj opisanych, tylko 1szy i 3ci nie łączył się z żadnemi zboczeniami poszczególnych narządów, w 2im zaś i 4tym mieliśmy wprawdzie do czynienia ze zboczeniami chorobowemi, te jednak, zdaniem mojém, nie mogły być powodem wywołania drgawek i dla tego przypadki te zaliczyłem do szeregu drgawek samoistnych, zawisłych prawdopodobnie od zmian zmysłom naszym jeszcze niedostępnych.

1) Kazimierz Mosiężniak, chłopiec $1\frac{1}{2}$-roczny, dość dobrze odżywiony, mający rzekomo cierpieć na zimnicę, dla leczenia któréj został przyjęty do szpitala 22 lipca 1880. Wśród najlepszego zdrowia dostaje 26 lipca napadu drgawek ogólnych, rozpoczynającego się od wykrzyknięcia. Innych atoli przypadów, mogących wzbudzić podejrzenie, że mamy do czynienia z padaczką, w przypadku tym nie było. Drgawki były kloniczne, przebiegały bez podniesienia ciepłoty ciała, trwały około kwadransa i ustały bez pozostawienia zmian. Dziecię nie było ospałém, w moczu zebranym późniéj białka nie wykazano. Ponieważ dziecię już 29/7 opuściło szpital, nie wiem, czy napad ten jeszcze się powtórzył, od matki jednak późniéj dowiedzieliśmy się, iż w domu poprzednio nigdy drgawek nie spostrzeżono, i że późniéj

po pobycie szpitalnym drgawki więcéj się nie powtórzyły. Terapija w szpitalu była wyczekującą.

2) Antoni Rychlewicz, chłopiec 8-letni, dość dobrze odżywiony, ze zboczeniem w odżywieniu zołzowém, przyjęty 12 października 1880. Chory pochodzi z rodziny zołzami dotkniętéj, czworo rodzeństwa zmarło w młodym wieku, pięcioro żyje, z tych troje okazuje liczne objawy zołzów. Na drgawki żadne z nich nie cierpiało ani nie cierpi. I pacyjent nasz nigdy padaczki lub innych drgawek nie cierpiał. Na tém co do wywiadów w obec stopnia inteligencyi rodziców poprzestać musiano. Stan obecny: Kościec prawidłowy, na skórze sklepienia czaszkowego liczne strupy i owrzodzenia powierzchowne skutkiem wyprysku, na skórze przedramienia lewego w połowie, tak na stronie zginaczy jak i wyprężaczy, daléj na łytce prawéj w pośrodku i na podeszwie prawéj znajdują się duże uwarstwione strupy owalne, brunatne, z pod których za uciśnięciem wydobywa się rzadka ropa, a po zdjęciu których okazują się przetokowate owrzodzenia atoniczne. Wzdłuż obydwu brzegów górnych oczodołowych przebiegają dawniejsze blizny zaciągnięte i wywołujące w części wywinięcie powieki górnéj lewéj na zewnątrz. Nadto gałka oczna lewa ku przodowi i na wewnątrz wysunięta (wytrzeszczak), tak iż powieki wcale nie domykają. Spojówka oka lewego w całości przerosła, zgrubiała, pokryta w części górnéj gałkowéj strupem żółtawym łatwo ściągnąć się dającym. Rogówka zwrócona stale ku stronie nosowéj, tylko w odcinku wewnętrznym przeźroczysta, zresztą ćmawa, część jéj środkową zajmuje blizna niebieskawa, odcinek górny i zewnętrzny rozmiękły. Tęczówka prawidłowa, źrenica nieco rozszerzona (keratomalacyja skutkiem niedomykania powiek). Chory okiem tém rozróżnia jednak jeszcze przedmioty trzymane w odległości małéj i po stronie prawéj. Ruchy gałki ocznéj upośledzone. Gruczoły karkowe i podszczękowe znacznie powiększone, twarde. Płuca zdrowe, tony serca czyste, wątroba i śledziona niemacalne. Mocz prawidłowy. Stan bezgorączkowy, zboczeń w dziedzinie czuciowéj i ruchowéj nie ma, inteligencyja mierna. 17/10 występuje ropotok z ucha prawego, w nocy miał się chory ze snu zrywać z krzykiem, wyskakiwać z łóżka, lecz wnet się uspokoił. Do 31 października nic zresztą nie zaszło. Leczenie zasadzało się na zakraplaniu atropinu, zastąpieniu powieki płatkami płótna pokrytemi waseliną na noc, opatrywaniu wrzodów i podawaniu wewnętrznie mieszanki jodku potasu, nastoju jodowego i gliceryny. 31/10 wśród obmywania oka lewego letnią wodą wystąpiły drgawki przerywane zwłaszcza odnóg górnych bez poprzedzającego wykrzyknięcia lub zblednienia, z utratą zupełną przytomności, ze ślinieniem znaczniejszém, brak jednak tężca lub szczękościsku, oddech i tętno spokojne, ciepłota niepodwyższona; gałki oczne skierowane ku stronie lewéj, źrenice rozszerzone. Napad trwał zaledwie dwie minuty, poczém zauważono najpierw powracanie słuchu, gdyż chory zamiast odpowiadać na zadawane pytania powtarza tylko bezwiednie słowo, jakie się doń mówiło. Po 5ciu dopiero minutach oprzytomniał zupełnie, lecz był drażliwy, żalił się na bóle głowy w okolicy czołowéj i na ból rąk. Badanie fizyczne wykazało tylko bardzo mierny obrzęk surowiczy skóry na klatce piersiowéj, podczas gdy reszta prawidłowa. W ciągu dnia drgawki powtórzyły się jeszcze kilka razy obejmując także i odnogi dolne. W nocy sen dobry, tylko dwa razy spostrzeżono lekkie zrywanie. Wymiotów przez cały czas nie było, stolce w porządku, mocz białka nie zawiera, ciepłota prawidłowa. 1/11 chory śniadał dobrze. Podczas wizyty rannéj leży spokojnie wyciągnięty i trzyma się lewą ręką za głowę, podczas gdy prawa odnoga górna w stawie łokciowym zgięta, sztywna, ręka w stawie nadgarstkowym mocno zgięta a palce skurczone z kciukiem na wewnątrz. Po wyprostowaniu palców i ręki, dla chorego zresztą bolesném i niezupełnie uskutecznić się dającém, wracają one do położenia pierwotnego. Czucie na odnodze téj upośledzone, podobnie lecz w mniejszym stopniu także na odnodze prawéj dolnéj; dopiero przy mocném kłuciu chory usuwa nogę i krzywi się, odruchów przy łechtaniu podeszwy prawie nie ma. Kurczliwość elektromięśniowa odnogi prawéj górnéj znacznie zmniejszona, dolnéj prawidłowa. Stopa lewa w stanie silnéj fleksyi podeszwowéj, czucie i odruchy prawidłowe. Ruchy celowe możliwe lecz przerywane, chory o swéj mocy siedzieć potrafi. Skóra twarzy, szyi i klatki piersiowéj, a w bardzo małym stopniu i odnóg dolnych, zwłaszcza prawéj, surowiczo obrzękła, blada. Fałd nosowo-wargowy lewy wygładzony. Rogówka lewa prawie w całości ćmawa, w części dolnéj zamieniona w rozmiękłą, ropiastą istotę; spojówka mocno nastrzykana. Z obydwu przewodów słuchowych wydobywa się ciecz ropiasta, słuch przytępiony, przytomność utrzymana, lecz chory więcéj głupkowaty, odpowiedzi na zapytania wcale nie daje, czasem wydaje głos niezrozumiały, nieartykułowany. Wypuk klatki piersiowéj zmian nie wykazuje żadnych, podobnie i wysłuch. Jama brzuszna płynu nie zawiera, śledziona i wątroba prawidłowe; ciepłota 36·8°C., tętno i oddech regularne. Jeżeli ma potrzebę pójścia na stronę, nie woła posługi, tylko sam z łóżka schodzić usiłuje. Postawiony na nogi rozkracza takowe, stopy przybierają ułożenie jak *pes varus* i chory pada ku stronie prawéj i przodowi. Mocz prawidłowy. Dopiero wieczorem pierwszy raz przemówił i żali się na ból głowy, ciepłota wieczorna 37·0°C. Przy umyślnym ucisku na gałkę oczną lewą drgawek nie wywołano, tylko ruchy objawiające ból lub przestrach. 2/11 niedowład prawéj połowy ciała daléj się utrzymuje; fałd nosowo wargowy jeszcze wygładzony, czucie na odnogach tak górnéj jak i dolnéj jeszcze upośledzone, lokalizacyja jednak już dokładniejsza, podobnie zachowują się i odruchy przy łechtaniu. Mowa skandowana, niewyraźna, słuch przytępiony, badanie wykazało zapalenie tylko przewodów zewnętrznych. Mocz oddany w ilości prawidłowéj zawiera ślad białka dobrze spostrzegalny, chlorki prawidłowe, barwiki w ilości znacznie zwiększonéj. W osadzie nieco wałeczków Belliniego, przybłonki i moczany w znacznéj ilości. Obrzęk surowiczy skóry mniejszy. Wieczorem chory całkiem przytomny, mowa wyraźna, inteligencyja wróciła, usposobienie wesołe. Drgawki więcéj się nie powtórzyły. 3/11 niedowład wprawdzie znacznie mniejszy, zawsze jednak jeszcze się utrzymuje. Obrzęk surowiczy okolicy przyusznéj prawéj. 5/11 niedowład zupełnie ustąpił, czucie prawidłowe, obrzęk surowiczy skóry z wyjątkiem twarzy zupełnie ustąpił. 6/11 obrzęk twarzy mniejszy. W moczu śladzik białka zaledwie spostrzegalny. 8/11 twarz okazuje już ten sam wyraz co i dawniéj. 19/11 chory opuścił zakład. Przyjęty powtórnie 25 listopada 1880 nie okazywał żadnego śladu porażenia, stan oka był prawie ten sam, do ropienia okolicy oczodołowéj nie przyszło. Jedynie przy chodzie zauważono pewną sztywność odnogi dolnéj prawéj. Narządy wewnętrzne prawidłowe. W ciągu dalszéj obserwacyi aż do 10 grudnia,

w którymto dniu szpital opuścił, nie spostrzeżono żadnych przypadków ze strony narządu nerwowego, chory atoli żalił się często na ból głowy w okolicy czołowéj. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

O postępowaniu przeciwgnilném w chorobach ocznych.

Podał Dr. Machek.

W krótkim stosunkowo czasie po ogłoszeniu prac Listra co do sposobów opatrywania ran stwierdzili chirurgowie korzystne wyniki lecznicze tegoż, a odtąd leczeniu przeciwgnilnemu coraz większe przyznawano znaczenie, chociaż sam sposób postępowania najrozmaitszym uległ zmianom. W okulistyce, a mianowicie w operacyjnéj jéj części, postępowanie przeciwgnilne przez dłuższy czas nie znalazło zastosowania. Najlepszym tego dowodem, że w wydanéj w r. 1874 nauce o operacyjach ocznych Arlta nawet wzmianki nie ma o leczeniu przeciwgnilném w téj części, w któréj autor omawia leczenie pooperacyjne zaćmy. Widocznie nie mieli jeszcze podówczas okuliści dostatecznych doświadczeń, któreby wskazywały, w jaki sposób stosować należy w okulistyce wielką zdobycz naukową chirurgów. O zakaźnéj bowiem przyrodzie wielu pooperacyjnych chorób ocznych podówczas już nikt nie wątpił.

Łatwo zresztą zrozumieć, dla czego okuliści dłuższego czasu potrzebowali, zanim zastosowali środki przeciwgnilne. Z góry można było przewidzieć, że leczenie przeciwgnilne w okulistyce nie da się z równą ścisłością przeprowadzić jak w chirurgii, a przecież według słów Listra „właśnie na pedantycznéj ścisłości przeprowadzenia polega tajemnica świetnych wyników leczniczych.“ Wątpliwą naprzód było rzeczą, czy w ogóle środki przeciwgnilne w dostatecznie silnych rozczynach bez szkody można do oczu zapuszczać, ranki śród operacyj zadawane niemi zwilżać lub chore oko zadrażniać. Z anatomicznych wreszcie względów trudno oko tak jak rany uchronić od wpływów szkodliwego zetknięcia się z powietrzem; gdyby bowiem nawet założono opaskę, któraby odnawiano śród zastosowania rozpylonego rozczynu kwasu karbolowego, co według dawniejszych zapatrywań konieczną było rzeczą, to przecież nie podobna usunąć szkodliwego wpływu jamy ustnéj i nosowéj, które za pośrednictwem przewodu nosołzowego z workiem spojówkowym w łączności pozostają.

Względy te jednak nie powstrzymały okulistów od stosowania środków przeciwgnilnych, do czego zachęcał cały szereg zakaźnych chorób ocznych. Pomijając zakaźne choroby spojówki, woreczka łzowego, wrzodów rogówkowych, ran w rogówce i twardówce powstałych skutkiem urazu, przedewszystkiém częste ropienie ran pooperacyjnych, a w szczególności ranek zadanych celem wydobycia zaćmy, zmuszało do zastosowania środków przeciwgnilnych a to tém bardziéj, że wątpliwości nie ulegało, iż najczęściéj ropienie jest skutkiem zakażenia ran, które podczas lub po operacyi następuje.

Naprzód zastosowano postępując z należytą ostrożnością sposób Listra. Zapuszczano do woreczka spojówkowego $\frac{1}{2}$ do 2% rozczyn kwasu karbolowego, przemywano tymże rozczynem powieki i zastosowano mgłę tak podczas operacyi jak i przy każdorazowém opatrywaniu oczu operowanych. Wkrótce doświadczenie wykazało, że sposób ten raczéj jest szkodliwy niż korzystny. Wyniki lecznicze były gorsze niż w obec dawnego sposobu opatrywania. Horner spostrzegał, że kwas karbolowy bardzo często drażni spojówkę i powieki, Strasser widział po zapuszczeniu $\frac{1}{2}$% rozczynu kwasu karbolowego zaciemnienia rogówki i wrzody rogówkowe, Alf. Graefe zaś spostrzegał obrzmienie powiek, wyprysk, długo trwające zadrażnienie oczu itp., Rothmund zaprzestał stosowania kwasu karbolowego z powodu bólu, który powstaje po dłuższém użyciu. Mgła utrudnia wykonanie operacyj daleko delikatniejszych niż są zwykłe operacyje chirurgów, a nawet do oczyszczania narzędzi używanych w okulistyce rozczyny kwasu karbolowego nie są przydatne, gdyż narzędzia w krótkim stosunkowo czasie stają się tępemi. Ze szczególniejszą ścisłością przeprowadził leczenie przeciwgnilne stosując kwas karbolowy Alf. Graefe. Tylko z początku wyniki odpowiadały oczekiwaniom. Straty z 6% spadły na 2·5% na 114 operacyj. Wyniki innych okulistów były bardzo niekorzystne. Schiess miał 6% strat, w klinice Knappa pomimo najściślejszego leczenia przeciwgnilnego, według zaleconego przez Alf. Graefego sposobu, zropiało równocześnie cztery, w zakładzie Pagenstechera w Wiesbadenie w krótkim czasie kilka oczu, Just (1881) stracił 8% na 25 przypadków a z 207 oczu stracił śród leczenia przeciwgnilnego 9 oczu, z 200 zaś oczu operowanych poprzednio bez zastosowania środków przeciwgnilnych nie utracił ani jednego oka. Po tych doświadczeniach zaniechano stosowania rozczynów kwasu karbolowego. Lek ten zawiódł oczekiwania okulistów. Dziś znajduje tylko zastosowanie u noworodków, które bardzo dobrze znoszą środki żrące, a u których obawa powstania śluzoropotoku ostrego, grożącego zropieniem rogówki usprawiedliwia jego zastosowanie.

Porzuciwszy kwas karbolowy zwrócili się okuliści do innych środków przeciwgnilnych. Horner zalecał opaski zwilżone rozczynem kwasu salicylowego w stosunku 1 : 300, tak po operacyjach krwawych jak i w przypadkach wrzodów rogówkowych. Późniéj zalecił kwas borowy, który wchodził już w skład sposobu opatrywania oczu podanego przez Alfreda Graefego; kwas borowy stosował także Wecker.

Do jakich wyników doszli okuliści stosując postępowanie przeciwgnilne po operacyjach zaćmy aż do sierpnia zaprzeszłego roku, poznamy najlepiéj przeglądając sprawozdania z sekcyi okulistycznéj Zjazdu lekarzy i przyrodników, który się w tym czasie odbył w Londynie. Leczenie antiseptyczne po operacyjach zaćmy było przedmiotem wykładu prof. Hornera z Zurychu. O rezultacie ożywionych nad tym przedmiotem rozpraw podał swojego czasu prof. Rydel sprawozdanie w Przeglądzie Lek. (Nr. 42 z r. 1881). Wspomnę tylko, że Horner zamknął rozprawę wyznaniem, że „postępowanie przeciwgnilne niezbędne jest tylko w szpitalach przepełnionych; doświadczony operator może i bez niego mieć dobre wyniki, ale czyni ono je pewniejszemi.“ Prof. Rydel pisząc sprawozdanie wspomniał, jakie było postępowanie w ostatnich czterech latach w klinice okulistycznéj w Krakowie i w jego praktyce prywatnéj. Poprzestawał na staranném czyszczeniu narzędzi operacyjnych wyskokiem i maczaniu należycie oczyszczonych gąbek używanych podczas operacyi w 2% rozczynie kwasu karbolowego. Rezultaty w tych czterech latach otrzymane były bardzo korzystne. W ostatnich dwóch latach już nie używamy gąbek tylko waty Brunsa maczanéj w 3% rozczynie kwasu borowego, któréj po mierném wyciśnięciu używamy jako gąbki. Na powieki przykłada się płatek borlintu zmaczany także w kwasie borowym, na to watę Brunsa i opaskę Arlta. Odtąd nieprzy-

darzył się jeszcze ani jeden przypadek zakażenia septycznego ranki (ropienia) po operacyi.

Od czasu Zjazdu londyńskiego ogłoszono dalszy szereg sprawozdań z klinik i zakładów okulistycznych, w których są opisane sposoby postępowania przeciwgnilnego i daty statystyczne odnoszące się do wyników leczniczych. Hirschberg (*Anatomische und praktische Bemerkungen zur Altersstaarausziehung. Graef. Archiv f. Ophthal.* XXVIII, 1) zaleca przy operacyjach zaćmy jakoteż w ogóle po operacyjach ocznych zachowanie wszelkich ostrożności, aby zapobiedz zanieczyszczeniu rany i przestrzega, aby narzędzia przed operacyją i po operacyi należycie oczyścić, lecz nie stosuje postępowania przeciwgnilnego w właściwém tegoż znaczeniu. Mooren zaleca opatrunek Hornera (kwas salicylowy) i dodaje, że odkąd używa tego opatrunku, straty się zmniejszyły o 3% (dawniéj tracił 6·5%). Oprócz tego stosowano jako środki przeciwgnilne tymol, resorcynę (Förster), hydrochinon, kwas salicylowy i kwas borowy (Sattler) *acidum benzoicum* i wreszcie chinolin (zalecony przez Salkowskiego). Żaden jednakże z tych środków nie okazał się lepszym od kwasu borowego (Eversbusch).

Rozpatrzywszy się w licznych spostrzeżeniach dotyczących postępowania przeciwgnilnego przy i po operacyjach możemy istniejące dziś zapatrywania w następujący sposób streścić: 1) Ściste przeprowadzenie postępowania przez Listra zaleconego jest w przypadkach operacyj okulistycznych wprost szkodliwe. Kwas karbolowy w rozczynach działających antyseptycznie działa drażniąco, mgła nie zaleca się z powodów, o których wyżéj wspomnieliśmy. 2) Kwas borowy jest najlepszym z dotąd znanych środków przeciwgnilnych, który podczas operacyi i po operacyjach ocznych stosować można. Nie drażniąc oka działa dostatecznie przeciwgnilnie. 3) Postępowanie przeciwgnilne nie zabezpiecza bezwzględnie od ropienia, gdyż niektórzy okuliści pomimo zastosowania tegoż od czasu do czasu cały szereg oczu operowanych skutkiem zropienia utracili (Knapp, Gałęzowski; tenże stracił 5 oczu na 93). 4) Zwykły sposób opatrywania ran, przy jak naiściślejszém przestrzeganiu czystości tak narzędzi jak i materyjałów opatrunkowych, może w zakładach nieprzepełnionych i w praktyce prywatnéj dać również korzystne wyniki. Ponieważ atoli łatwiéj czystość utrzymać śród stosowania postępowania przeciwgnilnego, a zapewne w wielu przypadkach tylko za pomocą tegoż, postępowanie więc przeciwgnilne zalecić należy. 5) Do dezinfekcyi narzędzi okulistycznych najlepszym jest wyskok.

Podczas gdy jak z powyższego wynika moglibyśmy się przy i po operacyjach zadowolić przestrzeganiem czystości i obejść bez środków przeciwgnilnych, nie możemy tego powiedzieć o leczeniu zakaźnych chorób oczu, do których pomijając choroby spojówki należą pełzające wrzody rogówkowe, ropne zapalenie i śluzoropotok woreczka łzowego, tak często powikłany z wrzodami rogówki. W tych przypadkach leczenie przeciwgnilne jest bezwzględnie wskazane. Typem wrzodów zakaźnych jest wrzód pełzający rogówki (*Ulcus serpens*). W roku 1870 zalecił Saemisch znany zabieg operacyjny celem powstrzymania ropienia. Najczęściéj jednakże tęczówka wrasta w rankę zapewne i w takich przypadkach, w którychby się obeszło bez tego, gdyby innym sposobem można ropienie powstrzymać. Z tego powodu uważają operacyję Saemischa za szkodliwą Weber, Nieden, Samelsohn i Becker, a Arlt i Stilling zachwalają ciepłe okłady i atropin. (13 Zjazd okulistów w Heidelbergu). W obec tych spostrzeżeń i zakaźnéj przyrody choroby dziwić się nie można, że zwrócono się ku środkom przeciwgnilnym. Mają one zapobiedz dalszemu szerzeniu się wrzodu pełzającego.

Horner zalecił kwas salicylowy, Weber i Mohr *extractum fabae calabaricae* jako środek przeciwgnilny. Skutek tego ostatniego leku był dość dobry, chociaż Schmidt-Rimpler wykazał, ze wcale nie działa przeciwgnilnie. W Monachijum (*Eversbusch, Bemerkungen über die Anwendung der Antiseptica*, 1882) leczono wrzód pełzający kwasem karbolowym, borowym i tymolem. U młodych chorych po użyciu tych leków ograniczało się ropienie po kilkodniowém zapuszczaniu, u starszych zaś bardzo często pomimo środków tych postępowało. Z tego powodu zaleca Eversbusch wykonanie operacyi Saemischa u chorych wieku podeszłego, jeżeli po kilkudniowém zapuszczaniu kwasu borowego lub tymolu, które to środki zalecają się przed kwasem karbolowym, wrzód jeszcze postępuje.

Na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu zalecił Sattler chlorek rtęciowy jako dzielny środek przeciwgnilny. Korzystając z prac Kocha, który wykazał, że w bardzo nawet rozcieńczonym stanie działa niszcząco na przyrzuty gnilne, Leistikow zalecał rozczyn 1 na 20.000 jako środek niszczący przyrzuty, które napotykamy w wydzielinie rzeżączkowéj. Sattler podaje, że spojówka chora na śluzoropotok przewlekły znosi dobrze rozczyn chlorku rtęciowego w stosunku 1 do 4000, i że rozczyn ten zmniejsza ilość wydzieliny. Otóż tak że w przypadkach wrzodów pełzających zaleca Sattler chlorek rtęciowy w rozczynie 1 na 4000. Środek ten zastosowany w klinice krakowskiéj powstrzymał ropienie w przypadku kilka razy odnawiającego się wrzodu rogówkowego powikłanego z jaglicą spojówek, podczas gdy inne środki jak kwas borowy, azotan srebra, siarkan miedziowy, rumiankowe okłady okazały się bezskutecznemi. W innym zaś przypadku, prawda że u chorego mającego lat 81 i w oku, które skutkiem zwichnięcia soczewki przebyło zapalenie ciałka rzęskowego i naczyniówki z następową utratą poczucia światła, chlorek rtęciowy nie powstrzymał ropienia, tak że trzeba było przystąpić do operacyi według Saemischa.

Odkąd jodoformu używamy w okulistyce i odkąd się nauczyliśmy cenić przeciwgnilne tegoż własności, stosujemy w klinice krakowskiéj lek ten także w przypadkach wrzodów pełzających. Skutek we wszystkich przypadkach był widoczny a przebieg choroby lżejszy. Sprawozdawca zwrócił na skuteczność jodoformu w tych przypadkach uwagę w wykładzie mianym w krakowskiém Towarzystwie lekarskiém, pół roku wcześniéj niż Deutschmann opisał swoje przypadki w Graefego *Archiv für Ophthalmologie.* Lecz i jodoform nie we wszystkich przypadkach powstrzymuje ropienie a w takich razach nic nie pozostaje jak wykonanie operacyi zaleconéj przez Saemischa.

Z powyższego wynika, że w przypadkach pełzających wrzodów rogówkowych należy: 1) Bezzwłocznie zastosować postępowanie przeciwgnilne. 2) Ze środków przeciwgnilnych zalecają się kwas borowy, tymol, jodoform i chlorek rtęciowy. 3) Jeżeli pomimo to ropienie postępuje, co znowu częściéj bywa u chorych w wieku podeszłym, tedy należy wykonać keratotomiję według Saemischa. 4) Atropin, ezeryn i wilgotne ciepłe okłady można obok postępowania przeciwgnilnego stosować, uwzględniając wskazania w każdym szczegółowym przypadku. 5) Jeżeli wrzód jest powikłany albo powstał skutkiem śluzoropotoku woreczka łzowego, tedy trze-

ba zastosować równocześnie leczenie zapomocą sond Bowmana.

Wspomnieć tu trzeba, że nie wszystkie wrzody pełzające powstają skutkiem zakażenia. To też Arlt w najnowszém dziele o chorobach spojówkowych dzieli wrzody pełzające na dwa rodzaje. Jedne powstają skutkiem zakażenia, drugie podobnie jak ropnie rogówki skutkiem ugniecenia. Skłonność zaś rozszerzania się ku obwodowi tłumaczy Stellwag dostatecznie uciskiem, jaki wywiera *membrana elastica anterior* na obwodowe części wrzodu.

Rozczyn chlorku rtęciowego w stosunku 1 do 20.000 działa według Sattlera dostatecznie przeciwgnilnie, spojówka zaś prawidłowa znosi lek ten bardzo dobrze, oko się nawet nie zaczerwienia podobnie jak po zapuszczeniu 3% rozczynu kwasu borowego. Z tego powodu nie zawahał się Sattler używać tego środka przed operacyją i po operacyi zaćmy. W pewnéj ilości przypadków operacyi zaćmy i irydektomii oczyszcza tym rozczynem worek spojówkowy przed operacyją, zapuszcza go jak najregularniéj po operacyi i nie spostrzegał objawów zadrażnienia.

Wspomnę wreszcie, że zasypywanie jodoformu w przypadkach śluzoropotoku spojówek zalecają Dujardin, Grossmann i Maconchie. Zdaniem jednakże sprawozdawcy, który liczne pod tym względem robił doświadczenia, jodoform w tych przypadkach nie jest skuteczny. Po wyjęciu gałki ocznéj zasypujemy jodoform i zakładamy opaskę uciskową. Rana się goi w przeciągu kilku dni, wydzieliny bywa bardzo mało. Przedostatni z operowanych przypadków wyszedł 6 dnia po operacyi z kliniki. Eversbusch zaleca po wyłuszczeniu gałki ocznéj kwas borowy. Jodoform zaleca się także we wszystkich przypadkach, w których skutkiem operacyi powstaje większa rana lub brak miąższu jak po operacyjach plastycznych, po przecięciu woreczka łzowego według Petita, przy operacyjach nowotworów i po urazach. W tych zresztą przypadkach postępujemy według zasad przyjętych w chirurgii. (Holstein. *Antisepsis in der Augenheilkunde, Berlin, 1883; Bericht über die 14. Versammlung der ophth. Gesellschaft in Heidelberg 1882; Mittheilungen aus der Augenklinik in München, 1882. — Mooren. Fünf Lustren ophthalmologischer Wirksamkeit, 1882. — Knapp Archiv für Augenheilkunde, Berichte*, tom 11, 12).

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Blednica i gorączka.** Aczkolwiek wiele nieprawidłowości co do gorączki znaleziono w przypadkach tak nazwanéj postępowéj lub zjadliwéj niedokrewności, to sądzono, że w zwykłych przypadkach niedokrewności, z jakiemi się spotykamy u kobiet młodych, ciepłota bywa prawidłową. Przeciw temu mniemaniu wystąpił Mollière w artykule zamieszczonym w *Lyon médical*. Spostrzeżenia czynił on na 8 kobietach młodych, które nie przedstawiały żadnych innych objawów chorobowych prócz niedokrewności, z powodu któréj leczyły się. Ciepłotę mierzono co rano i wieczór w kiszce stolcowéj, przez okres czasu od 2 do 50 dni i znaleziono, że wahała się między 38·7°C. a 39·3°C. Badano téż ilość mocznika wydzielanego na dobę i znaleziono ją prawidłową. Mollière mniema, że podniesioną ciepłotę można tłumaczyć przypuszczeniem, iż tworzą się przy spaleniu produkty, które nie dadzą się tak łatwo rozpoznać jak mocznik. Podawano siarkan chininu jako lek przeciwgorączkowy, co miało ten skutek, ze ciepłota czasowo się obniżała. Wpływ ten jeżeli się będzie zawsze pojawiał, zdaniem M., stanowczo, stwierdzi istnienie nieprawidłowéj ciepłoty ciała w blednicy. (*The Lancet* 1883, I, Nr. 12).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 17 marca 1883 r.

Przewodniczący kol. Rieger. Członków obecnych 26.

Na porządku dziennym sprawa wyboru biura na r. b., w któréj zabierało głos wielu kolegów a w końcu zatwierdzono dokonany na jednem z ostatnich posiedzeń wybór z wyjątkiem wyboru zastępcy przewodniczącego, który odroczono na następne posiedzenie.

Przewodniczący po zatwierdzeniu wyborów dziękując za zaufanie podaje swój program pracy naukowéj, jaki w rb. rozwinąć należy i zawiadamia, że tylko raz na miesiąc posiedzenia odbywać się będą.

Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał 100 egzemplarzy spisu akuszerek z Magistratu i że je kolegom pocztą rozesłał. Kol. Merunowicz tłumaczy znaczenie takiego spisu akuszerek.

Kol. Strojnowski przedstawia staruszkę 74-letnią, u któréj przed 14 dniami operował przetokę pęcherzowo-pochwową. Staruszka ta nosiła przez 2 lat *pessarium*, wytworzyły się u niéj znaczne ekskoryjacyje a te wywołały przetokę. Do spojenia użył jedwabiu karbolizowanego, założył 12 szwów i zamknięcie przetoki jest zupełne, rana zagojona i chora dobrze odżywiona. Kol. Schattauer odpowiada kol. Łopackiemu, że do zespojenia przetoki pochwowéj nigdy się nie używa katgutu, gdyż sam daleko wcześniéj ulega wessaniu niż zupełny zrost nastaje a wreszcie jedwab jest równie antyseptyczny a nierównie mocniejszy od katgutu.

Kol. Mehrer przedstawia chorego z chorobą skórną. Chory ten okazuje tuż nad ostatniém lewém żebrem w linii sutkowéj plamę wielkości dłoni dziecka. Plama ta jest barwy ciemniejszéj od barwy skóry, błyszcząca, nie wystaje nad powierzchnię skóry a za dotykiem niebolesna. Chory podaje, że w miejscu plamy doznaje uczucia naprężenia. Kol. prelegent nazwał chorobę tę *scleroderma* zgodnie z nazwą i pojęciem choroby jak Kaposi opisuje. Wyklucza rozpoznanie keloidu, bo ten jest biały i wystaje nad powierzchnię skóry. Kol. Krówczyński oświadcza, że widział 3 przypadki *scleroderma* ale we wszystkich plamy były bledsze i symetrycznie po obu stronach klatki piersiowéj usadowione i dlatego téż obecny przypadek nie uważa za *scleroderma* ale raczéj za chorobę sobie nie znaną. W odpowiedzi oświadcza prelegent, że dotąd nigdy nie widział téj choroby, że obecny przypadek po raz pierwszy zauważył, i dlatego téż sam nie chce stanowczo decydować. Powołuje się tylko na Kaposiego, który utrzymuje, że barwa silniejsza lub bledsza nie sprzeciwia się rozpoznaniu, gdyż barwa ciemniejsza zawsze bladnieje w miarę tego jak skóra zanika i kiedy zwolna przechodzi w *scleroderma atrophicum*. Nadmienia także, że dotąd nie zastósował żadnego leczenia ale zamyśla użyć prądu.

Kol. Longchamps (syn) odczytał szczegółowy opis przypadku uszkodzenia wątroby. J. D. mężczyzna 23 lat mający, otrzymał wśród bójki 2 zranienia w brzuch; jedno z nich znajdowało się 2 cm. powyżéj pępka nieco na prawo od linii pępkowéj, 1½ cm. długie z wypadnięciem sieci brzusznéj wielkości pięści dziecka; a 2gie dwa palce poniżéj łuku żebra a 3 palce na prawo od linii mostkowéj, długość rany 2 cm. Umiejscowienie, stłumienie wypuku i znaczny krwotok wzbudziły podejrzenie uszkodzenia wątroby. Dalszy przebieg uzasadnił to podejrzenie. Leczenie ściśle antyseptyczne. Do rany górnéj włożono sączek, wypadniętą zaś w ranie dolnéj sieć nie wprowadzono na powrót do jamy brzusznéj lecz ujęto w klamrę Spencer Welsa i zostawiono ją dalszemu losowi. 2go dnia po uszkodzeniu wystąpiła żółtaczka, stłumienie w okolicy górnéj rany znacznie się rozszerzyło i miejsce tu było bolesne. W dalszym przebiegu ciepłota ciała wahała się między 38 a 38·5—39·0, co zwiastowało tworzenie się ogniska ropnego. Jedynastego dnia po uszkodzeniu rozpoznano ropień znajdujący się pod powłokami brzusznemi, który natychmiast otwarto. Około 80 grm. czystéj ropy wyszło.

Czy ropień ten pochodził z samego miąższu wątroby, lub téż z tkanki między wątrobą a ścianą brzucha z powodu ograniczonego zapalenia otrzewny, zostawia prelegent nierozstrzygniętém; że ognisko tu było głębokie, dowodzi ta okoliczność, że całą długością palca wskazującego można było wejść do jamy ropnia. Odtąd ciepłota ciała była prawidłową, żółtaczka i bole-

sność ustąpiły a chory w 5 tygodni wyleczony zupełnie opuścił szpital. Dodać należy, że wypadnięta sieć 7go dnia po uszkodzeniu wraz z klamrą odpadła. W końcu zastanawia się prelegent szczegółowo nad objawami opisanego przypadku i czyni uwagi co do prognozy i leczenia uszkodzeń wątroby na podstawie dotyczącéj literatury. W dyskusyi zabierali głos kol. Schattauer i Feigel. Na têm posiedzenie zamknięto.

Dr. Pawlikowski, Sekretarz.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. Gr.) Jako dalszy ciąg poprzednio wydanych sprawozdań ogłosiła c. kr. krajowa Rada zdrowia Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879 i 1880. Sprawozdania te za 3 lata ułożone są na wzór sprawozdań z lat poprzednich, którym zasłużone oddawaliśmy pochwały, z tą jedynie różnicą, że dodano więcéj tablic (starannie zestawionych przez Dra Merunowicza), co têm bardziéj ułatwiając przegląd na uznanie zasługuje. Sprawozdania z wymienionych 3ch lat zawierają wiele dat statystycznych odnoszących się do stosunków zdrowotnych Galicyi, rzucają więc wiele światła na nie, bo jak słusznie wyraził się Goethe w jedném z pism swoich: „Mówią, że cyfry rządzą światem, ja wiem tylko tyle, że one nam wskazują, jak nim rządzą."

Brak miejsca nie dozwala przytaczania choćby niektórych tylko cyfr i nasuwających się wniosków, musimy czytelników odesłać do samego dziełka, — trudno jednak pominąć milczeniem, że porównanie cyfr do Galicyi z cyframi zaczerpniętemi z sprawozdań odnoszących się do innych krajów okazuje nader smutne stanowisko, jakie Galicyja pod względem stosunków sanitarnych zajmuje.

Każde z rocznych sprawozdań kończy się zestawieniem potrzeb koniecznych do poprawy stosunków sanitarnych w Galicyi, które się jak w poprzednich latach z roku na rok powtarzają, co dowodzi, jak mało Wysoki Rząd uwzględnia gorliwe prace i usiłowania c. kr. Rady zdrowia. Z wymienionych od lat wielu potrzeb jednéj tylko uczyniono dotychczas zadość a mianowicie przez urządzenie szkoły weterynaryjnéj we Lwowie. Sprawozdania podobne z dłuższego szeregu lat będą w przyszłości stanowić cenny materyjał dla każdego badacza, dla tego mamy nadzieję, że mimo, iż Wysoki Rząd tak mało stosunkowo zwraca uwagi na te sprawozdania, Rada zdrowia nie ustanie w swéj gorliwéj pracy.

(K. Gr.) Dżuma w Persyi. Międzynarodowa Rada zdrowia w Konstantynopolu dowiedziawszy się, iż dżuma wybuchła znów w Persyi tuż przy granicy tureckiéj, wysłała lekarza na miejsce i otrzymała od niego w zeszłym tygodniu depeszę donoszącą: „iż epidemija (która nawiedziła perskie wioski Zeilan i Bekir-Bey, obwód Djuvando) jest istotnie zarazą dymienicową. Wszyscy, którzy zapadli, mieli dymienice a dotąd zmarło 170 osób".

Obwód Djuvando leży w południowo wschodniéj stronie tureckiéj prowincyi Suleimaneh na południe od Sehma tuż przy drodze do Tauru. Wioski, w których zaraza ta pojawiła się, znajdują się w równéj odległości od Sulejmaneh i Khaneguine, przez którą to ostatnią miejscowość przeciągają karawany z ciałami zmarłych Persów do miejsc świętych Bagdad i Irak Arabi. Obwód zarazą nawiedzony jest odległym o 90 mil (zapewne ang. = 145 kilm.) ku południowi od jeziora Ourmiach, przed którém zaraza pojawiła się w roku zeszłym a po raz pierwszy to dowiadujemy się o wybuchu téj strasznéj choroby w tak południowych okolicach. Okoliczność ta dowodzi, iż zaraza ma wybitną dążność szerzenia się ku południowemu Kurdystanowi a gdy dążność ta nie będzie powstrzymaną, zaraza znajdzie drogę dostania się do Irak przez tureckie obwody lub przez Kirmanchach. Głoszą jednakże, że Kurdowie podjęli energiczne środki, aby zaraza nie dostała się do ich kraju i że ustanowiono ścisłą kwarantanę na granicy tureckiéj. (*The Lancet 1883*, I, Nr. 17 z d. 28/4 1883).

Statystyka przypadków wścieklizny w Bordeaux. Od r. 1879 zniesiono w Bordeaux zwyczaj noszenia kagańców przez psy. Zestawienie statystyczne z 3ch lat poprzednich i 3ch lat następnych wykazuje, o ile pożyteczném jest to zarządzenie. W latach 1876, 1877 i 1878 wydarzyło się u psów 5 przypadków wścieklizny. Psy te pokąsały ludzi —, psów 52, kotów 1. W latach 1879, 1880 i 1881 wydarzyła się wścieklizna u 32 psów, które pokąsały osób 11 (z tego 2 zachorowało i umarło z wścieklizny) psów 204, osła 1, koni 2, kotów 1, kura 1.

(I. S.) Orzeczenie Sądu najwyższego niemieckiego. Sąd w H. skazał rzeźnika H. i włościanina B. za to, że starali się o pozbycie mięsa z cielęcia, które miało przed zabiciem ciężko chorować, że więc sprzedawali mięso, które mogło zdrowiu człowieka zaszkodzić. Włościanin B. chcąc uchylić się od współwiny utrzymywał w swoim rekursie, że nie sprzedał rzeźnikowi mięsa z cielęcia zabitego, lecz zabite cielę w całości, co przecież nie może być w myśl ustawy uważane za pożywienie. Sąd najwyższy odrzucił rekurs orzekając, że gdy B. sprzedawał całe zabite cielę, sprzedawał również pewną jego część składową, która jako mięso jest pożywieniem, a ustawa nie wspomina nic o têm, jakoby wymiar kary nie miał być zastosowany, gdy nabywca musi jeszcze przedsiębrać pewne czynności, aby przedmiot nabyty mógł uchodzić za pożywienie. *Viertelj. f. ger. Medicin*, 1883, kwiecień).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,7. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3ch przypadkach ospy, 2 odry, 7 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 4 duru osutkowego. W tygodniu od 8 do 14 kwietnia umarło w Londynie z ospy 2, zapadło świeżo 14, leczyło się w szpitalach 25. W Brukseli umarło 2, w Wiedniu, Budapeszcie, Amsterdamie, Madrycie po 3, w Pradze 4, w Lizbonie i Filadelfii po 5, w Aleksandryi 6, w Roterdamie 7, w Paryżu i Petersburgu po 9, w Walencyi 10, w Baltimore 13, w Nowym Orleanie 65, w Bombayu 123, w Rio de Janeiro 33, w Madrasie 14. Z duru brzusznego i czerwonki umiera więcéj w Aleksandryi. Z duru plamistego umarło w Rzymie 1, w Warszawie i Londynie po 2, w Maladze i Murcyi po 2, w Odesie 4, w Madrycie 5, w Petersburgu 7. W Pradze panuje odra, w Amsterdamie błonica. Z febry żółtéj umarło od 1—15 marca w Rio de Janeiro 65 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 kwietnia umarło w Krakowie 36,1; w Warszawie 28,8; w Wiedniu 36,9; w Buda-peszcie 32,1; w Pradze 42,3; w Tryjeście 32,2; w Berlinie 27,9; w Wrocławiu 35,4; w Gdańsku 23,2; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 27,2; w Lipsku 23,7; w Bazylei 17,5; w Brukseli 38,1; w Amsterdamie 32,5; w Hadze 27,3; w Paryżu 29,5; w Londynie 23,8; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 29,6; w Chrystyjanii 16,2; w Petersburgu 42,6; w Odesie 31,6; w Rzymie 30,2; w Wenecyi 33,9; w Bukareszcie 35,9; w Madrycie 54,1; w Lizbonie 33,9; w Aleksandryi 47,1; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 25,8; w Rio de Janeiro 64,2; w Bombayu 37,8; w Madrasie 34,2. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 maja. D. 12 b. m. w sobotę o godzinie 12 odbędzie się w Uniw. naszym uroczystość niezwykła: promocyja doktora wszech nauk lekarskich *sub auspiciis Imperatoris*. Promocyje takie zdarzają się w Wiedniu i w Pradze od czasu do czasu, szczególnie na Wydziale prawniczym, u nas zaś po raz pierwszy. Jeżeli kandydat po złożeniu wszystkich rygorozów jest w stanie wykazać, że począwszy od klas najniższych w każdém półroczu był nietylko pierwszym w klasie, ale ze wszystkich przedmiotów miał postęp celujący, że następnie egzamin dojrzałości złożył celująco ze wszystkich przedmiotów, a wreszcie że wszystkie egzaminy ścisłe w Uniwersytecie odbył celująco i to znów ze wszystkich przedmiotów bez wyjątku, wówczas może prosić N. Pana, aby promocyja odbyła się pod auspiciami Jego. Jeżeli Cesarz pozwoli, deleguje zastępcę swego na promocyję, w obec którego akt odbywa się w sposób uroczysty i publiczny, a który wręcza kandydatowi przy téj sposobności pierścień z monogramem N. Pana, jako upominek cesarski oraz osobny dyplom (t. zw. płachtę). Kandydatem tym szczęśliwym a zasłużonym jest p. Rudolf Trzebitzky, obecnie 2gi asystent

w klinice prof. Mikulicza; jako reprezentant N. Pana fungować będzie p. Delegat Namiestnictwa hr. Badeni, a jako promotor prof. Mikulicz. Uroczystość odbędzie się w amfiteatrze Nowodworskim.

* Ministerstwo Oświecenia zgodnie z wnioskiem Wydziału lek. poruczyło tymczasowo fizykowi miejskiemu Drowi Janowi Buszkowi wykłady policyi weterynarskiéj w Uniw. Jagiell. aż do czasu, dopóki katedra ta stale obsadzoną nie zostanie. Tym sposobem wykłady przerwane od czasu przeniesienia się prof. Barańskiego do Lwowa jeszcze w półroczu bieżącém odbywać się będą.

Ω Z początkiem maja przedsiębiorą w celach naukowych i handlowych podróż do południowéj Afryki Dr. med. Bachmann i aptekarz Wilms, obaj z Berlina Badania głównie będą skierowane celem poznania kraju Transvaal.

* **Wiedeń.** Elektroterapeutą szpitala powszechnego po śmierci Dra Fiebera mianowany został jeden z najzdolniejszych neuropatologów młodszych, docent prywatny Dr. Natan Weiss.

W rocznicę drugą śmierci Skody, dn. 13 czerwca, odsłoniętą zostanie tablica pamiątkowa na domu, w którym mieszkał i umarł na Reitergasse, odtąd ulicą Skody nazywać się mającą, z napisem: „Mieszkanie prof. Józefa Skody. Urodził się w r. 1805, umarł w r. 1881.

* Na wystawę higijeniczną w Berlinie delegowani zostali: z Austryi Dolnéj Drowie Karajan i Böhm, z Morawy Drowie Kusy i Presl. Z Galicyi również kosztem Rządu wysłanych będzie dwóch lekarzy, którym przypadnie obowiązek napisania w języku niemieckim sprawozdanie z pewnéj grupy wystawowéj. Zjazd higijenistów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 16—19 maja. Sprawozdawcami na tym Zjeździe będą pp. Wolfhügel, Tieman, Virchow, Herzberg z Berlina, Cohn z Wrocławia i Fischer z Hanoweru.

Prof. Zeissl prosił o uwolnienie od obowiązku prymaryusza szpitala powszechnego.

* **Paryż.** Minister oświecenia przedłożył parlamentowi wniosek, aby w uznaniu zasług Pasteura przyznana mu dawniéj przez parlament płaca roczna 12000 franków podwyższoną została do 25.000 fr.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gietynga.** Docent prywatny Dr. Karol Flügge mianowany został nadzw. profesorem higijeny i chemii lekarskiéj. — **Wiedeń.** Następcą Arlta już mianowany został prof. Stellwag, a na jego miejsce Wydział lekarski przedstawił terno w następującym porządku: 1mo *loco* E. Jägera, 2do Mauthnera, 3cio *loco ex aequo* Schnabla, Fuchsa i Sattlera.

* **Wiadomości osobowe.** Wychowańcy Uniw. Jagiell. Drowie Felicyjan Perski i Władysław Kwejzer mianowani zostali: pierwszy starszym lekarzem w 11ym pułku artyleryi, ostatni tymczasowym lekarzem korwety w marynarce wojennéj. Z armii czynnéj przeniesieni zostali do rezerwy: lekarz pułkowy Dr. Bolesław Koller (w Mikulińcach) i lekarz starszy Dr. Miron Jajus (w Sokalu).

* **Nekrologija.** W N. Yorku umarł słynny chirurg van Buren w 64 roku życia.

W Warszawie umarł Dr. Józef Troczewski, ordynator kliniki uniw. w szpitalu św. Ducha.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 17: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni (dok.); W *Gazecie Lek.* Nr. 17: Orłowskiego: O nowoczesném kruszeniu kamieni moczowych sposobem Bigelowa (c. d.); Dunina: O operacyjném leczeniu wysięków opłucnéj (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. John G. LEE (lekarz sądowy w Filadelfii): Homicide and Suicide in the City and County of Philadelphia during a decade 1871 do 1881. Philadelphia 1883, in 8vo str. 32.

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): Zur Naphthalinbehandlung. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Woch.* 1883) in 8vo str. 8.

Tenże: Ein Fall von Gastro-Enterostomie. (Osobne odbicie z *Centralbl. für Chirurg.* 1883) in 8vo str. 3.

Dr. J. POLAK (w Warszawie): O znaczeniu sztuki lekarskiéj i o stanowisku lekarzy. Warszawa 1883, in 12o str. 76.

Dr. B. SKÓRCZEWSKI (w Krakowie): Klimatologija Krynicy jako zakładu zdrojowo-kąpielowego. Kraków 1883, in 8vo str. 118 z tabl. litograf.

Dr. KOŁĄCZKOWSKI (w Szczawnicy): Szczawnica, zdrojowisko i stacyja klimatyczna. Kraków 1883, in 8vo str. 106 z piękną mapą Szczawnicy i jéj okolic.

Sprostowanie. W Nrze 17, str. 217, wiersz 8 od góry zamiast potworowi ma być powrotowi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. Józef Kołączkowski

ordynuje w r. b. jak w poprzednich latach

W SZCZAWNICY.

ZDRÓJ LUDWIKA w CZIGELCE.

Szczawa alkaliczno-solna, jod zawierająca.

Zajmująca najpierwsze miejsce co do ***największéj*** ilości węglanu sodowego pośród wszystkich dotąd znanych zdrojów mineralnych ***całego świata*** wyszczególniająca się wielką ilością żelaza i nader obfita w kwas węglowy. Wodzie téj co do przymiotów ***nie dorównywa żadna z alkaliczno-solnych szczaw*** a woda ta ze ***wszystkich wód mineralnych jod zawierających jest najprzyjemniejszą do picia i najłatwiéj bywa znoszoną.***

Szczególnie skuteczną okazała się dotychczas w ***cierpieniach żołądka, kiszek, pęcherza, płuc, w gruźlicy, w przewlocznym wrzodzie żołądka, w wolu*** i we wszystkich postaciach ***zołzów,*** jak również w następstwach ***kiły.***

Napełnianie i rozsełka odbywa się przez Zarząd zdrojowy zdroju **Czigelka** (poczta Bardyjów) w Górnych Węgrzech. Broszury o zdroju gratis.

Skład rozsyłkowy u A. Muszyńskiego w Grybowie

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** przez cały sezon kuracyjny

Kreuzgasse. Insel Rügen

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt. Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

Dr. Michał Kaufmann były lekarz kąpielowy w Jaworzu ma zaszczyt zawiadomić Szan. Kolegów, że z rozpoczęciem bieżącego sezonu ordynować będzie jako lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie. (Ulica Nehra Villa *Mozart*).

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dla słabych i rekonwalescentów.

KONIAK i STARE WINA

z piwnic

APTEKI pod „GWIAZDĄ"

PIOTRA MIKOLASCHA we Lwowie.

Koniak grande Champagne dla celów leczniczych bardzo stary — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. 80 ct.

Wino Malaga, od roku 1846 na składzie będące — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. 20 ct.

Wino Tokajskie, bardzo stare, prawdziwe arcanum dla osłabionych — cena ¼ litrowéj buteleczki 2 złr. 50 ct.

Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów, nieco slabsze jak Malaga, pochodzi z okolic Granady Wino wyborne, nadaje się osobliwie dla niewiast i dla dzieci — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. w. a.

Wyborne własności tych napojów spowodowały wielu lekarzy a pomiędzy nimi i takich sławy Europejskiéj do wygotowania świadectw bardzo pochlebnych. Takie świadectwa otrzymałem od Wnych **Dr. Alfreda Biesiadeckiego,** c. k. radcy namiestnictwa i referenta spraw krajowych sanitarnych, Dra **Karola Brauna,** c. k. radcy dworu. profesora i dyrektora kliniki położniczéj w Wiedniu, Dra **Józefa Spaeth,** c. k. profesora. nadradcy sanitarnego w Wiedniu, Dra **Draschego,** profesora i dyrektora Vgo oddziału lekarskiego szpitala powszechnego w Wiedniu, Dra **Lorinsera,** dyrektora szpitala na Wiedniu w Wiedniu, **Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego** Dyrektora Kliniki lekarskiéj w Uniw. Jagiell., **Prof. Dra Macieja Leona Jakubowskiego** Dyrektora szpitala św. Ludwika dla dzieci, Dra **Józefa Weigla**, Dra **Oskara Widmanna,** Dra **Edwarda Sawickiego.** Dra **G. Ziembickiego** we Lwowie i innych.

Skład główny dla Austro-Węgier i dla państw ościennych
u p. **Wilhelma Maagera w Wiedniu,** Heumarkt. Nr. 3.

Skład główny w Krakowie u p. **aptekarza F. GRALEWSKIEGO.**

Skład główny w Czerniowcach w aptece p. Krzyżanowskiego.

Mniejsze składy znajdują się we wszystkich znaczniejszych aptekach Galicyi i Bukowiny.

☞ Przy posyłkach liczę za opakowanie i stempel od jednéj buteleczki 20 ct., od 2ch 30 ct., od 3ch 35 ct., od 6ciu 50 ct., od tuzina 80 ct.

Skład główny dla Galicyi i Bukowiny w aptece pod Gwiazdą:
Piotra Mikolascha we Lwowie.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.